



ČESKÁ
POJIŠŤOVNA

4Life



ČP ZDRAVÍ

Číslo pojistné smlouvy

Pojistitelé: Česká pojišťovna a.s., Spálená 75/16, 113 04 Praha 1, Česká republika, IČ 45272956, zapsaná v Obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze oddíl B, vložka 1464 (dále jen „ČP“) a Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., Na Pankráci 1720/123, 140 00 Praha 4, Česká republika, IČ 49240749, zapsaná v Obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze oddíl B, vložka 2044 (dále jen „ČPZ“)

ZÁJEMCE

Zájemce Zájemce není zákonným zástupcem pojištěného dítěte/děti

Příjmení / Jméno / Titul _____

Rodné číslo _____ Pohlaví Ž M Datum narození (jen u cizích stát. příslušníků) _____ Adresa trvalého / jiného pobytu: _____

Ulice (místo) _____ Č.p. / Č.or. _____

Obec (pošta) _____ PSČ _____

Telefon _____ E-mail _____

Povolání _____

Provozujete jako aktivní účastník organizovaných soutěží nějaký sport? ANO Jaky sport a na jaké úrovni? _____

Riziková skupina 1 2 3 P S Vysoce riziková činnost (VRČ) je zahrnuta Extrémní sporty (nelze sjednat společně s DNL-MAX)

IDENTIFIKACE ZÁJEMCE

Identifikace zájemce podle zákona č. 253/2008 Sb. Politicky exponovaná osoba nebo vztah k ní ANO

Totožnost a shoda podoby zájemce byla ověřena dle občanského průkazu, není-li uveden jiný doklad. Jiný doklad _____

Číslo dokladu _____ Vydáno (stát, popř. orgán) _____ Platnost do _____ 2 0

Místo narození _____

Státní občanství ČR Jiné _____

1) Účel a zamýšlená povaha obchodu Pojistná ochrana a/nebo akumulace finančních prostředků Jiné (definujte) _____

2) Zdroje finančních prostředků Ze závislé/podnikatelské činnosti Jiné (definujte) _____

DŮVOD UZAVŘENÍ SMLOUVY

Důvod uzavření pojistné smlouvy včetně požadavků zájemce na pojištění (zaškrtněte zvolené varianty) **a zároveň přiložte vyplněný záznam z jednání.**

Potřeby zájemce: zajištění krátkodobé ztráty příjmu zajištění pro případ mimořádných výdajů spoření/investování

zajištění dlouhodobé ztráty příjmu zajištění pro případ smrti zajištění dětí

Zvláštní požadavky zájemce _____

Pojistná smlouva: Pojistitelé ČP a ČPZ podávají zájemci (též pojistník a 1. pojištěný) nabídku pojištění

DĚTI

1. pojištěné dítě Pokud není adresa vyplněna, je stejná jako u pojistníka.

Příjmení _____ Jméno _____

Rodné číslo _____ Pohlaví Ž M Datum narození (jen u cizích stát. příslušníků) _____

Ulice (místo) _____ Č.p. / Č.or. _____

Obec (pošta) _____ PSČ _____

2. pojištěné dítě Pokud není adresa vyplněna, je stejná jako u pojistníka.

Příjmení _____ Jméno _____

Rodné číslo _____ Pohlaví Ž M Datum narození (jen u cizích stát. příslušníků) _____

Ulice (místo) _____ Č.p. / Č.or. _____

Obec (pošta) _____ PSČ _____

DOSAVADNÍ POJIŠTĚNÍ

Od počátku tohoto pojištění se ruší pojistná smlouva číslo _____ a číslo _____

Zrušení dosavadní pojistné smlouvy zůstane zachováno i v případě odstoupení od nově uzavřené pojistné smlouvy.

Částka rezervy nebo kapitálové hodnoty pojištění z dosavadní pojistné smlouvy, která od počátku tohoto pojištění zaniká, bude v plné výši převedena a umístěna do rezervy nebo kapitálové hodnoty pojištění sjednávaného dle této pojistné smlouvy. V případě, že dosavadní pojištění bylo spojeno s investičním fondem, bude při provedení umístění pro účely této pojistné smlouvy zohledněna povaha podkladových aktiv vnitřního fondu dosavadního pojištění.



TC08326103017

Prohlášení – část II.:**A. Zpracování osobních údajů a Prohlášení****(i) pro účely pojišťovací činnosti a činnosti souvisejících**

Uzavřením pojistné smlouvy pojistník (těž 1. pojištěný)

- uděluje souhlas, aby jeho osobní údaje, včetně rodného čísla, údajů o zdravotním stavu a další sdělené údaje, byly zpracovávány správcem Česká pojišťovna a.s. a jejími smluvními zpracovateli splňujícími podmínky zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, pro účely pojišťovací činnosti a dalších činností vymezených zákonem č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu a dále po dobu vyplývající z obecně závazných právních předpisů;
- stvrzuje, že je poučen o tom, že poskytnutí osobních údajů pojistiteli je dobrovolné, avšak v rozsahu, ve kterém je pojistitel povinen tyto údaje zpracovávat na základě zákoníku a na základě zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, příp. dalších zákonů, je poskytnutí některých, zejména adresních a identifikačních údajů, nezbytné pro uzavření smlouvy a pro plnění práv a povinností z ní vyplývajících;
- bere na vědomí, že poskytnutí ostatních dobrovolně sdělených osobních údajů bude považováno za výslovné udělení souhlasu se správou a zpracováním takových osobních údajů;
- stvrzuje, že byl ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, informován o svých právech a o povinnostech správce, zejména o právu přístupu k osobním údajům, jakož i o dalších právech dle tohoto zákona;
- pro případ sdělení elektronického kontaktu uděluje souhlas, aby byl kontaktován elektronickou formou i v záležitostech týkajících se dříve sjednaných pojištění;
- zavazuje se bez zbytečného odkladu nahlásit jakoukoliv změnu zpracovávaných osobních údajů.

(ii) pro účely zpracování osobních údajů pro obchodní a marketingové účely

Uzavřením pojistné smlouvy pojistník (těž 1. pojištěný)

- uděluje pojistiteli souhlas s předáním osobních údajů subjektům mezinárodního koncernu Generali a spolupracujícím obchodním partnerům, jejichž seznam je uveden na webových stránkách pojistitele, pro účely poskytování finančních služeb, nabízení obchodu a služeb nebo další marketingové účely, a to na dobu trvání závazků ze smluvního vztahu;
- uděluje souhlas, aby byl v záležitostech pojistného vztahu nebo v záležitostech nabídek poskytovaných a souvisejících finančních služeb nebo jiných marketingových sdělení pojistitele nebo nabídky služeb a jiných obchodních sdělení členů mezinárodního koncernu Generali a spolupracujících obchodních partnerů, jejichž seznam je uveden na webových stránkách pojistitele, kontaktován písemnou, elektronickou nebo i jinou formou, při využití poskytnutých osobních údajů, a to na dobu trvání závazků ze smluvního vztahu.

(iii) pro účely zmocnění a zproštění mlčenlivosti

Uzavřením pojistné smlouvy pojistník (těž 1. pojištěný)

- za účelem zjišťování zdravotního stavu při sjednání nebo změně pojištění a pro případ šetření škodné události zprošťuje státní zastupitelství, policii a další orgány činné v trestním řízení, hasičský záchranný sbor, lékáreň, zdravotnická zařízení, záchrannou službu a zdravotní pojišťovny povinnosti mlčenlivosti;
 - zmocňuje pojistitele, resp. jím pověřenou osobu, aby ve všech řízeních probíhajících v souvislosti se škodnou událostí mohli nahlížet do soudních, policejních, případně jiných úředních spisů a zhotovovat z nich kopie či výpisy;
 - zmocňuje pojistitele k nahlédnutí do podkladů jiných pojištění v souvislosti se šetřením škodných událostí a s výplatou pojistných plnění;
 - souhlasí s předáním vybraných osobních údajů a údajů o pojištění k dalšímu zpracování a se zpracováním těchto údajů sdružením SOLUS, zájmovým sdružením právnických osob, IČ 69346925, a jeho členy, v rámci registru provozovaného tímto sdružením, a to za podmínky a po dobu, s nimiž bude seznámen, pokud pojistitel přistoupil/přistoupí k účasti na tomto registru;
 - v případě, že na pojistné přispívá zaměstnavatel, jako pojistník podpisem pojistné smlouvy souhlasím s tím, aby údaje o pojistné smlouvě a případných změnách pojistné smlouvy, vztahující se k uplatnění daňových výhod, byly poskytnuty zaměstnavateli.
- Výše uvedené souhlasy a zmocnění se vztahují i na dobu po smrti pojistníka (pojištěného).

B. Další prohlášení

- Jako pojistník podpisem pojistné smlouvy se zavazuji seznámit obmyšleného nebo jeho zákonného zástupce s obsahem pojistné smlouvy.
- Jako pojistník (těž 1. pojištěný) podpisem pojistné smlouvy prohlašuji, že **nejsem v současné době v pracovní neschopnosti**.
- Jako pojistník podpisem pojistné smlouvy potvrzuji, že jsem byl(a) seznámen(a) s definicí **politicky exponované osoby** ve smyslu § 4 odst. 5 písm. a), b) zákona č. 253/2008 Sb. Jako pojistník podpisem pojistné smlouvy prohlašuji, že pokud není v pojistné smlouvě uvedeno jinak, nejsem politicky exponovaná osoba.
- Jako pojistník (těž 1. pojištěný) podpisem pojistné smlouvy, dále souhlasím s tím, abych byl(a) CP zařazen(a) do **Programu Lady** sjednaného na základě skupinové pojistné smlouvy uzavřené mezi společnostmi ČP a ČPZ a prohlašuji, že jsem byl(a) seznámen(a) s obsahem skupinové pojistné smlouvy a zněním příslušných pojistných podmínek, pokud nedošlo k vyloučení Programu Lady.
- Jako pojistník (těž 1. pojištěný) podpisem pojistné smlouvy prohlašuji, že jsem zákonným zástupcem pojištěného dítěte/děti, pokud není v pojistné smlouvě uvedeno jinak.

Sazebník poplatků České pojišťovny a.s. platný od 1. 1. 2014

- pro pojistné smlouvy uzavřené dle zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

I. Poplatky za správu životního a neživotního pojištění

Popis poplatku	Výše poplatku	ASP*
Odeslání upomínky úhrady dlužného pojistného – doporučená zásilka	dle skutečně vynaložených nákladů	25 Kč
Odeslání upomínky úhrady dlužného pojistného – obyčejná zásilka	dle skutečně vynaložených nákladů	11 Kč
Výplata přeplatku na pojistném prostřednictvím poštovní poukázky	dle skutečně vynaložených nákladů	24 Kč
Druhý a každý další vklad pojistného v hotovosti na pobočce (obchodním místě)	14 Kč	

* ASP - aktuální sazba poplatku, jejíž výše je stanovena dle skutečně vynaložených nákladů k datu platnosti sazebníku poplatků.

II. Poplatky v životním pojištění

Popis poplatku	Výše poplatku
Vyžádaná technická změna	220 Kč
Poplatek za přerušení placení	220 Kč
Zpracování pokynu pojistníka ke změně alokačního poměru	50 Kč
Zpracování pokynu pojistníka k převodu podílových jednotek mezi kapitálovými hodnotami tvořenými podílovými jednotkami vnitřních fondů	50 Kč
Zpracování pokynu pojistníka k převodu podílových jednotek z kapitálové hodnoty tvořené podílovými jednotkami vnitřního fondu do kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou	50 Kč
Zpracování pokynu pojistníka k převodu peněžních prostředků z kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou do kapitálové hodnoty tvořené podílovými jednotkami vnitřního fondu	50 Kč
Poplatek za mimořádný výběr z kapitálové hodnoty	150 Kč
Poplatek za vklad mimořádného pojistného zaplaceného pojistníkem do výše 59 999 Kč (z hodnoty vkladu)	2,8% (minimálně 50 Kč)
Poplatek za vklad mimořádného pojistného zaplaceného pojistníkem ve výši 60 000 - 199 999 Kč (z hodnoty vkladu)	2,40%
Poplatek za vklad mimořádného pojistného zaplaceného pojistníkem ve výši 200 000 Kč a více (z hodnoty vkladu)	2,20%
Poplatek za vklad mimořádného pojistného zaplaceného zaměstnavatelem	0%
Poplatek za vklad mimořádného pojistného (z hodnoty vkladu) – pojištění Manažer	1% (minimálně 50 Kč)

III. Změna Sazebníku poplatků

Pojistitel má právo změnit Sazebník poplatků v návaznosti na změny právních předpisů, které mají rozhodující vliv na stanovení výše poplatků, na změny cen poskytovatelů přepravních a poštovních služeb a změny komunikačních prostředků. **Změna aktuální sazby poplatku (ASP), jejíž výše je stanovena dle skutečně vynaložených nákladů, není změnou Sazebníku poplatků, která zakládá právo pojistníka nesouhlasit se změnou a vypovědět pojištění.** Pojistitel oznamuje pojistníkovi změnu Sazebníku poplatků vždy k 30. 9. každého roku zveřejněním na webových stránkách a obchodních místech pojistitele. V případě, že dochází ke změně Sazebníku poplatků v jiném než výše uvedeném termínu, je pojistitel povinen o tom pojistníka písemně či jiným dohodnutým prostředkem komunikace informovat. Zároveň je povinen mu umožnit seznámit se s příslušnou změnou Sazebníku poplatků na webových stránkách či obchodních místech pojistitele. Účinnost změny Sazebníku poplatků nastává nejdříve 2 měsíce po oznámení této změny s tím, že přesné datum účinnosti je uvedeno v oznámení o této změně. Pokud pojistník se změnou Sazebníku poplatků nesouhlasí, může pojištění, které je touto změnou dotčeno, vypovědět ve lhůtě 1 měsíce ode dne oznámení změny Sazebníku poplatků. Pojištění sjednané na dobu neurčitou v tomto případě zaniká ke konci pojistného období, ve kterém byla pojistiteli výpověď doručena. Pokud byla výpověď doručena méně než 6 týdnů před koncem pojistného období, pojištění zaniká ke konci dalšího pojistného období. Pojištění sjednané na dobu určitou v tomto případě zaniká uplynutím pojistné doby. Pokud pojistník pojištění tímto způsobem nevypraví, platí, že změnu přijal.

Zdravotní dotazník

Číslo pojistné smlouvy

Pojištěný je povinen uvést všechny údaje úplně a pravdivě, a to i taková onemocnění, která se mu jeví jako nepodstatná, neboť všechny dotazy mají význam pro rozhodnutí pojistitele, jak bude ohodnoceno pojistné riziko, zda a za jakých podmínek jej pojistí. Porušení této povinnosti může mít vliv na přijetí do pojištění nebo na plnění pojistitele v případě pojistné události.

Příjmení / Jméno /
Titul
Rodné číslo
Jméno, příjmení, adresa a telefon Vašeho **současného praktického lékaře a odborného lékaře (navštěvujete-li)**

Část A Je-li přikládán zdravotní dotazník pouze z důvodu sjednání úrazového pojištění nad limity stanovené pojistitelem, vyplňte otázky 1 – 7b.

V ostatních případech je nutné vyplnit všechny otázky. Odpovíte-li na jakoukoli otázku ANO, rozveďte v části B.

Vaše současná váha	kg	a výška	cm	Zaškrtněte ANO NE	Pokud kouříte, uveďte počet let	a počet cigaret denně	Zaškrtněte ANO NE
1. Jste v současné době v pracovní neschopnosti?					d) plic a dýchacích cest (např. astma, tuberkulóza, chronický zánět průdušek)		
2. Jste v současné době léčen(a) či vyšetřován(a) pro nemoc nebo úraz?					e) jícnu, žaludku, střev, konečníku, jater, žlučníku, slinivky, sleziny		
3. Vyžadovala Vaše nemoc či úraz v posledních 10 letech pobyt nebo léčení v nemocnici nebo jiném léčebném či zdravotnickém zařízení?					f) ledvin, močových cest, prostaty, prsu, dělohy, vaječníků, vejcovodů		
4. Byl(a) jste v posledních 10 letech operován(a) pro nemoc či úraz nebo je operace v současné době plánována nebo doporučena?					g) štítné žlázy a metabolismu (např. cukrovka, zvýšený cholesterol)		
5. Utrpěl(a) jste úraz v posledních 10 letech s dobou léčení delší než 4 týdny?					h) krve a mízních uzlin, imunity (např. anémie, únnavový syndrom)		
6. Utrpěl(a) jste úraz, který zanechal trvalé následky?					i) nervové (např. roztroušená skleróza, epilepsie, migréna, bolesti hlavy), duševní (i poruchy chování)		
7. Uveďte, zda jste nebo jste byl(a) v průběhu svého života sledován(a) nebo léčen(a) pro nemoci či úrazy:					j) rakovinu a jiné nádory (i nezhoubné, např. cysty, myomy)		
a) páteře, kostí, kloubů, svalů a kůže (např. bolesti páteře, revmatismus, dna, ortopedické vady, lupénka, atopický ekzém)					k) infekční (mimo angíny, chřipky a virózy), tropické, pohlavní, HIV pozitivita, vrozené vady		
b) očí, uší (např. slepota, hluchota)					l) jiné, zde neuvedené nemoci či úrazy (mimo angíny, chřipky, virózy apod.)		
Uveďte, pokud máte více než 5 dioptrií: pravé , levé , oko					8. Trpíte zdravotními obtížemi, pro které nejste sledován(a) ani léčen(a)?		
c) srdce a cév (např. vysoký nebo kolísavý krevní tlak*, poruchy srdečního rytmu, srdeční infarkt, mrtvice, embolie, trombóza, srdeční vady, zánět žil, křečové žíly, bérkový vřed)					9. Byl(a) jste v posledních 3 letech tři nebo více týdnů nepřetržitě léčen(a) nebo v pracovní neschopnosti?		
*hodnoty krevního tlaku uveďte zde					10. Užíváte nebo jste pravidelně užíval(a) léky v posledních 3 letech?		
					11. Byl Vám přiznán částečný nebo plný invalidní důchod, invalidita prvního, druhého nebo třetího stupně nebo řízení o přiznání invalidity probíhá?		
					12. Léčil(a) jste se nebo Vám léčba byla doporučena v souvislosti s návykem na alkohol, drogy, hráčství v průběhu Vašeho života?		

Část B Upřesnění z části A nemocí, úrazů, invalidního důchodu – pokud nedostačuje prostor, pokračujte na volný list papíru označený číslem P5 a podpisem pojištěného.

Pokud jste na některou otázku v části A odpověděl(a) ANO, uveďte a upřesněte u nemoci počátek, léčbu a ukončení léčení, u úrazu jeho datum a léčbu, u invalidity rok a důvod jejího přiznání.

číslo otázky	nemoc, úraz	počátek, délka trvání, ukončení (měs./rok)	léčba (léky, u operace měs./rok) důvod invalidity	léčba ukončena ANO NE

Povinné pouze při sjednání pojištění závažných onemocnění dospělých, resp. kritických onemocnění dospělých.

13. Měli Vaši rodiče nebo sourozenci některou z těchto chorob: vysoký krevní tlak, infarkt myokardu, cukrovku, cévní příhodu, nemoci ledvin, zvýšený cholesterol, nádorové onemocnění, vrozenou vadu, **s počátkem onemocnění do 60 let věku?** Pokud ANO, uveďte níže název nemoci nebo příčinu smrti: ANO NE

matka otec sourozenci

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojistitele zde uvedené jsou pravdivé a úplné a v odpovědích jsem nezatajil(a) nic podstatného. Pokud nejsou odpovědi psány mým rukopisem, stvrzuji, že jsem je ověřil(a) a že jsou pravdivé. V případě nepravdivých a neúplných odpovědí může pojistitel dle § 2808 a § 2809 občanského zákoníku od pojistné smlouvy odstoupit nebo odmítnout plnění případně dle ustanovení § 2800 občanského zákoníku pojistné plnění přiměřeně snížit. Tento zdravotní dotazník je nedílnou součástí pojistné smlouvy. Souhlasím s tím, aby pojistitel zjišťoval a přezkoumával můj zdravotní stav u lékařů, zdravotnických zařízení a zařízení poskytujících zdravotní péči (dále jen „lékaři“), u kterých jsem se dosud léčil(a), event. se budu léčit. Tento souhlas uděluji za účelem uzavření pojistné smlouvy, případně změny pojistné smlouvy, zejména pro stanovení výše pojistného rizika a výše pojistného, a dále pro šetření pojistných událostí, a to i v době po mé smrti. Zmocňuji lékaře k vyhotovení lékařských zpráv, výpisu ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení a zároveň je zprošťuji povinnosti zachovávat mlčenlivost, pokud by byli pojistitelem požádáni o informace týkající se mého zdravotního stavu.

V dne 20 Podpis pojištěného Razítko a podpis pojišťovacího zprostředkovatele zastupujícího ČP a ČPZ na základě plné moci