

Pojistná smlouva o skupinovém pojištění č. 5708000000

mBank S.A.

se sídlem Warszawa, Senatorska 18, PSČ 00 950, Polská republika, zapsaná ve Vnitrostátním soudním rejstříku s č. zápisu 0000025237 a identifikačním číslem - REGON 001254524

působící v České republice prostřednictvím

mBank, S. A., organizační složka

se sídlem Sokolovská 668/136 d, 186 00 Praha
IČ: 27943445

zapsané v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze pod spisovou značkou oddíl A, vložka 58319

jejímž jménem jednájí: Pawel Kucharski, vedoucí organizační složky

(dále jen "pojistník")

a

AXA životní pojišťovna a.s.

se sídlem: Lazarská 13/8, Praha 2, PSČ 120 00

IČ: 61 85 95 24 DIČ: CZ699001406

zapsaná u rejstříkového soudu v Praze oddíl B, vložka 2831

za kterou jednájí: Martin Vogl, předseda představenstva
 Sébastien Guidoni, člen představenstva

(dále jen "pojistitel")

uzavírají tímto

podle zákona č. 89/2012., občanský zákoník (dále jen „**Občanský zákoník**“), tuto Pojistnou smlouvu o skupinovém pojištění č. 5708000000 (dále též jen „**pojistná smlouva**“ či „**smlouva**“)

Článek 1.

Úvodní ustanovení

1. Pro sjednané skupinové pojištění platí příslušná ustanovení Občanského zákoníku, Pojistné podmínky pro skupinové pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici 0416TM/CZ, které obsahují zejména informace o rozsahu pojištění, plnění, výlukách z pojištění, práva a povinnosti jednotlivých účastníků pojištění a důsledky jejich porušení, definici nepojistitelných osob, stanovují rozsah plnění, zásady a způsob výpočtu plnění (dále jen „PP“), které jsou nedílnou součástí této smlouvy jako její Příloha č. 1 a ustanovení této pojistné smlouvy.

Článek 2.

Výklad pojmů

Pro tuto pojistnou smlouvu se definují následující pojmy:

1. **Pojištěný** je osoba, která je klientem pojistníka a je majitelem běžného účtu vedeného pojistníkem (dále též jen „Účet“) a v jejíž prospěch je sjednáno pojištění dle této smlouvy.
2. **Pojistná událost** – nahodilá událost, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění.
3. **Pojistné období** - pravidelně se opakující časové období dohodnuté v pojistné smlouvě, za které se platí běžné pojistné. Pro účely této smlouvy je pojistným obdobím 1 měsíc.
4. **Vstupní věk pojištěného** – věk pojištěného stanovený jako rozdíl mezi datem počátku pojištění a datem narození pojištěného,
5. **Pojistný program** – jednotlivé pojištění jednotlivého pojištěného poskytované ve variantách dle této pojistné smlouvy uvedených v čl. 3. odst. 3. této pojistné smlouvy. Pojistný program je též nazýván jako „Pojistný program mDárek“ či jako „Program mDárek“.

Článek 3.

Předmět smlouvy

1. Předmětem této smlouvy je závazek pojistitele poskytnout klientům pojistníka (pojištěným) pojištění a poskytnout pojistné plnění dle této smlouvy a PP, pokud nastane pojistná událost a závazek pojistníka hradit pojistné za pojištění jednotlivých pojištěných dle této smlouvy.
2. Touto smlouvou se sjednávají pojištění pro případ denní dávky při pobytu v nemocnici následkem úrazu nebo nemoci (tarif 754A).
3. Pojištění se sjednává v následujících variantách Pojistného programu mDárek:

	VARIANTA POJISTNÉHO PROGRAMU mDárek				
	DIAMOND	PLATINUM	GOLD	SILVER	STANDARD
Typ pojištění	Pojistná částka				
Pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici následkem úrazu nebo nemoci	1 300 Kč /den	1 000 Kč /den	700 Kč /den	500 Kč /den	300 Kč /den

4. Klient pojistníka se může přihlásit pouze do jedné z variant Pojistného programu.

Článek 4

Přistoupení do pojištění

1. Přistoupení do pojištění je právní jednání klienta pojistníka, které provede klient pojistníka přihlášením do pojištění (Pojistného programu) v rámci telemarketingové nabídky (v průběhu telefonického hovoru) v době platnosti této pojistné smlouvy, přičemž bylo pojistiteli za něj následně uhrazeno pojistné odpovídající zvolené variantě Pojistného programu, ve smyslu této smlouvy.
2. Podmínkou přijetí klienta pojistníka do pojištění je, že klient pojistníka:
 - a) byl seznámen a souhlasí s PP a touto smlouvou,
 - b) je majitelem Účtu,
 - c) dosáhl 18 let a více a nepřekročil věk 63 let,

- d) nepatří mezi nepojistitelné osoby dle čl. 5 PP,
 - e) souhlasí s tím, aby zúčtování měsíčního pojistného za pojištění bylo provedeno formou trvalého příkazu z jeho Účtu.
3. Uplatněním práva na pojistné plnění pojištěná osoba projeví souhlas s podmínkami pojištění.

Článek 5

Počátek, zánik a změna pojištění

1. Počátek pojištění jednotlivého pojištěného je od 00:01 hodin dne následujícího po přistoupení do pojištění za předpokladu, že bude řádně a včas zapláceno příslušné pojistné.
2. První pojistné období pojištění jednotlivého pojištěného začíná dnem, který je uvedený v pojistném certifikátu. Pojištění jednotlivého pojištěného se sjednává na dobu 1 roku s automatickým prodlužováním. Pojištění nemůže být přerušeno.
3. Pojištěnému je poskytována pojistná ochrana po dobu, po kterou:
 - a) je v platnosti tato pojistná smlouva, a rovněž
 - b) nedošlo k některé z událostí uvedených v odst. 4 tohoto článku smlouvy.
4. Pojištění jednotlivé pojištěné osoby zaniká k první z následujících událostí:
 - a) posledním dnem pojistného období, ve kterém došlo k zániku Účtu;
 - b) dnem smrti pojištěného;
 - c) nejpozději 2 kalendářní dny před dnem, ve kterém pojištěný dosáhne věku 65 let,
 - d) odstoupením pojištěného od pojištění na základě telefonické žádosti podané na určenou telefonickou linku pojistitele formou nahrávaného hovoru, podanou pojistiteli nejpozději do 30ti dnů od okamžiku, kdy za pojištění klienta pojistníka bylo řádně uhrazeno první pojistné dle této smlouvy. V tomto případě takovéto pojištění pojištěného klienta pojistníka pozbývá od počátku své účinnosti, tj. je zrušeno od počátku, pojistitel vrátí pojistníkovi již uhrazené pojistné (pokud již bylo uhrazeno) a účastníci pojištění si vrátí případná další plnění, které mezi nimi již proběhla;
 - e) odmítnutím pojistného plnění;
 - f) pokud nesouhlasí pojistník se změnou pojistného podle čl. 6 odst. 8 a 9;
 - g) ke konci pojistného období, ve kterém došlo k zániku této smlouvy;
 - h) na základě žádosti pojištěného (nejpozději 6 týdnů před koncem pojistného období) o ukončení pojištění (telefonické žádosti formou nahrávaného hovoru na určenou telefonickou linku pojistitele), přičemž jednotlivé pojištění končí posledním dnem pojistného období následujícím po kalendářním měsíci, ve kterém byla takováto žádost o ukončení doručena pojistiteli;
 - i) dnem, ve kterém pojistitel obdrží písemné oznámení pojištěného o odvolání souhlasu ke zjišťování zdravotního stavu a příčiny smrti;
 - j) nezaplacením příslušného pojistného za první dvě pojistná období nejpozději do konce druhého pojistného období, pozbývá takovéto pojištění pojištěného klienta pojistníka od počátku své účinnosti, tj. je zrušeno od počátku;
 - k) nezaplacením pojistného za následné pojistné období, za 3 po sobě následující pojistná období, nejpozději do konce takovéhoto třetího pojistného období; v takovémto případě dochází k ukončení pojištění pojištěného klienta pojistníka k poslednímu dni pojistného období, za které bylo pojistné uhrazeno.
5. Ukončení nebo zánik jednotlivého či jednotlivých pojištění nemá vliv na účinnost této smlouvy ani na trvání dalších pojištění, které vznikly na základě této smlouvy.

6. Pojištěný klient pojistníka je oprávněn změnit variantu Pojistného programu jedenkrát ročně nejméně 6 týdnů před koncem pojistné doby, přičemž konec pojistné doby je 2 kalendářní dny před dnem narozenin pojištěného, a to na základě telefonické žádosti na určené telefonické lince pojistitele formou nahrávaného hovoru. Provedená změna varianty programu je účinná počínaje prvním dnem následující pojistné doby.

Článek 6. Pojistné

1. Právo pojistitele na pojistné vzniká okamžikem vzniku pojištění podle ustanovení čl. 5 odst.1 této smlouvy.
2. Výše měsíčního pojistného je stanovena bez ohledu na pohlaví a zdravotní stav pojištěného a s ohledem na vstupní věk pojištěného. Výše měsíčního pojistného je uvedena v Příloze č. 2, která je nedílnou součástí této smlouvy.
3. Na základě přistoupení pojištěného do pojištění a poskytnutí souhlasu se způsobem platby měsíčního zúčtování ve výši vymezené touto smlouvou, pojistník provádí výběr měsíčního pojistného za pojištění od pojištěných formou trvalého příkazu ve prospěch sběrného účtu pojistníka.
4. Celkové měsíční pojistné za pojistnou smlouvu je rovno součtu měsíčního pojistného za všechna sjednaná pojištění jednotlivých pojištěných klientů pojistníka v daném měsíci, za která byl pojištěným klientem uhrazen poplatek za program. Souhrnnou částku měsíčního pojistného bude pojistník převádět ze sběrného účtu pojistníka jako pojistné na běžný účet AXA.
5. V případě zániku jednotlivého pojištění podle této smlouvy z jiného důvodu než z důvodu zániku této smlouvy, je pojistník povinen hradit pojistné za toto pojištění do konce pojistného období, v němž příslušné pojištění zaniklo, za předpokladu, že byl za toto období pojištěným klientem uhrazen poplatek za program.
6. V případě, že je pojistník v prodlení s úhradou pojistného, zašle pojistitel pojistníkovi upomínku o zaplacení pojistného. V upomínce pojistitel pojistníka poučí, že pojištění zanikne, nebude-li pojistné zaplaceno ani v dodatečné lhůtě, která musí být stanovena nejméně v trvání jednoho měsíce ode dne doručení upomínky. Marným uplynutím lhůty stanovené v upomínce zanikne každé jednotlivé pojištění. Smluvní strany se dohodly, že zánikem posledního z pojištění posledního pojištěného dle předchozí věty tohoto odstavce zaniká i tato smlouva.
7. V případě, že je pojistník v prodlení s úhradou pojistného, je pojistník povinen zaplatit pojistiteli smluvní pokutu ve výši 0,05 % z dlužné částky za každý den prodlení. Zaplacení smluvní pokuty nezbavuje pojistníka povinnosti zaplatit pojistiteli dlužné pojistné.
8. Pojistitel je oprávněn zahájit jednání s pojistníkem o valorizaci výše jednotkové sazby pojistného za druhý rok a další roky trvání smluvního vztahu, a to o míru inflace vyjádřené přírůstkem průměrného indexu spotřebitelských cen na základě vyhlášení Českého statistického úřadu, vypočítané za období 12 měsíců od října do září. Pojistitel je dále oprávněn zahájit jednání s pojistníkem o zvýšení ročního pojistného i v případě, kdy škodní poměr v rámci pojištění přesáhne 30%. Škodným poměrem se pro účely této smlouvy míní součet pojistných plnění a změna stavu rezerv na pojistná plnění vůči součtu předepsaného pojistného a změny stavu rezerv na nezasloužené pojistné. Návrh změny výše pojistného dle tohoto odstavce musí být pojistníkovi oznámen nejméně 6 kalendářních měsíců před začátkem příslušného období, od kterého má být nové pojistné

účinné, nově stanovené pojistné se bude vztahovat na všechna pojištění, za která bude pojistník od účinnosti změny pojistného platit pojistiteli pojistné.

9. Pokud do tří měsíců (nebo v jiné lhůtě dohodnuté mezi stranami) od okamžiku, kdy byl pojistník o návrhu změny podle odst. 8 tohoto článku informován, nedojde k dohodě smluvních stran ohledně této změny, zanikne každé jednotlivé pojištění, a to uplynutím pojistného období každého jednotlivého pojištění, ve kterém uplyne výše uvedená lhůta k uzavření dohody. Smluvní strany se dohodly, že zánikem posledního z pojištění dle předchozí věty tohoto odstavce zaniká i tato smlouva.

Článek 7

Práva a povinnosti smluvních stran

1. Pojistník se pojistnou smlouvou zavazuje:
- a) seznámit svého klienta (ještě před přistoupením do pojištění) s obsahem této smlouvy týkající se pojištění a PP a za tímto účelem zveřejnit na svém webovém sídle nebo jiném, pro pojištěné volně přístupném místě, tuto smlouvu a PP,
 - b) zařadit do pojištění všechny své klienty, kteří po datu účinnosti této smlouvy provedli právní úkon přistoupení do pojištění,
 - c) platit pojistiteli pojistné za poskytované pojištění podle čl. 6 této smlouvy,
 - d) zajistit souhlas klientů pojistníka, kteří přistoupili do pojištění, se zpracováním a předáváním jejich osobních údajů pojistiteli za účelem pojištění dle této pojistné smlouvy,
 - e) v případě pojistné události poskytnout pojistiteli součinnost při vyřizování pojistných událostí, je-li to potřebné ke zpracování podkladů z pojištění jednotlivých pojištěných. Pojistník se dále zavazuje odevzdat bezodkladně pojistiteli jakoukoli písemnou žádost, oznámení o pojistné události či jiné dokumenty předané /doručené pojistníkovi pojištěnou osobou týkající se sjednaného pojištění,
 - f) neprodleně informovat pojištěného klienta písemnou formou o jakékoli události související se změnou nebo zánikem pojištění, ke které došlo z podnětu pojistníka.
2. Pojistitel se pojistnou smlouvou zavazuje:
- a) poskytnout pojistníkovi součinnost nezbytnou k plnění předmětu pojistné smlouvy,
 - b) oznamovat pojistníkovi skutečnosti vedoucí k zániku pojištění,
 - c) informovat pojistníka dohodnutým způsobem o oznámených škodných událostech, výsledku šetření škodných událostí a rozsahu pojistného plnění z pojistných událostí,
 - d) informovat pojistníka o případech, kdy na základě šetření škodných událostí odstoupil od jednotlivého pojištění nebo odmítl pojistné plnění,
 - e) poskytnout pojistníkovi nebo jím zmocněným osobám, které vstupují do kontaktu se zájemci o pojištění a pojištěnými, bezplatně školení,
 - f) zajistit pravidelnou komunikaci s pojistníkem včetně určení odpovědné osoby,
 - g) informovat pojištěného klienta pojistníka písemnou formou o jakékoliv události související se vznikem a změnami Pojistného programu, s výjimkou změn požadovaných pojistníkem; takové změny je pojistník povinen oznámit sám pojištěnému,
 - h) informovat pojištěného klienta pojistníka o zániku Pojistného programu, ke kterému došlo na základě žádosti pojištěného klienta pojistníka,
 - i) zaslat všem pojištěným klientům pojistníka formou poštovní zásilky, případně i jinou s klientem dohodnutou formou, soubor dokumentů týkajících se pojištění poskytovaného v rámci Pojistného programu (též jen „Pojistná dokumentace“).
3. Smluvní strany se dohodly, že jsou oprávněny používat logo druhé smluvní strany pouze po předchozím písemném souhlasu smluvní strany, jejíž logo má být použito. Smluvní

strana není oprávněna používat bez předchozího písemného souhlasu druhé smluvní strany její logo na žádných materiálech a/nebo dokumentech, které souvisí s předmětem této smlouvy anebo s pojištěním. Podmínky a způsob užití loga budou odsouhlaseny mezi smluvními stranami v písemné formě.

Článek 8 Salvátorská klauzule

1. Je-li nebo stane-li se některé ustanovení této smlouvy neplatné či neúčinné, nedotýká se to ostatních ustanovení této smlouvy, která zůstávají platná a účinná. Smluvní strany se v tomto případě zavazují dohodou bez zbytečného odkladu nahradit ustanovení neplatné/neúčinné novým ustanovením platným/účinným, které nejlépe odpovídá původně zamýšlenému účelu ustanovení neplatného/neúčinného. Do té doby platí odpovídající úprava obecně závazných právních předpisů České republiky.

Článek 9 Trvání a ukončení smlouvy

1. Tato smlouva nabývá platnosti a účinnosti dnem podpisu oběma smluvními stranami.
2. Tato pojistná smlouva se sjednává do doby, kdy dojde k zániku posledního jednotlivého pojištění jednotlivého pojištěného klienta pojistníka, sjednaného dle této smlouvy.
3. Tato smlouva dále zaniká:
 - a) v důsledku nezaplacení pojistného dle čl. 6 odst. 6 této smlouvy,
 - b) nastane-li situace uvedená v ustanovení čl. 6 odst. 9 této smlouvy,
 - c) dalšími způsoby uvedenými v Občanském zákoníku.
4. Dojde-li k zániku této smlouvy, nejsou smluvní strany zproštěny od povinnosti řádného a včasného splnění těch svých závazků, které jsou výslovně zakotveny v této smlouvě nebo vyplývají z platných právních předpisů, a které vznikly v době trvání této smlouvy, a to i v případech, kdy doba trvání těchto závazků přesahuje účinnost této smlouvy.

Článek 10 Závěrečná ustanovení

1. Právní vztahy z pojištění se řídí právními předpisy České republiky, zejména ustanoveními Občanského zákoníku a PP a dalšími dokumenty, uvedenými v čl. 1. odst. 1. této smlouvy.
2. Pojistník svým podpisem stvrzuje, že byl ještě před uzavřením smlouvy řádně informován v souladu s § 1811, § 1820 a § 2760 Občanského zákoníku a že byl před uzavřením smlouvy rovněž plně seznámen s pojistnými podmínkami pojistitele.
3. V případě rozporu mezi ustanoveními této smlouvy a ustanoveními PP má přednost smlouva. Za rozpor se nepovažuje, pokud PP obsahují podrobnější úpravu, na kterou tato smlouva odkazuje.
4. Smluvní strany se dohodly, že podpisem této smlouvy oběma smluvními stranami se tato smlouva stává rovněž pojistkou ve smyslu Občanského zákoníku.

5. Tato smlouva je vyhotovena ve dvou vyhotoveních, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení. Smlouvu lze měnit pouze písemně, formou chronologicky číslovaných a oběma stranami podepsaných dodatků.
6. Obě smluvní strany prohlašují, že si tuto smlouvu přečetly, posoudily její obsah a neshledávají jej rozporným a dále, že smlouva byla uzavřena na základě jejich pravé a svobodné vůle po pečlivém zvážení všech okolností a vzájemném vysvětlení jejího obsahu.

Přílohy:

Příloha č. 1 - Pojistné podmínky pro skupinové pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici
0416TM/CZ

Příloha č. 2 - Výše měsíčního pojistného

Příloha č. 3 - Oznámení pojistné události

V Praze dne

Za mBank, S.A.

V Praze dne

Za AXA životní pojišťovna a.s.:

.....
Pawel Kucharski,
vedoucí organizační složky

.....
Martin Vogl, předseda představenstva

.....
Sébastien Guidoni, člen představenstva

Pojistné podmínky pro skupinové pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici 0416TM/CZ (mDárek)

Článek 1. Úvodní ustanovení

1. Pro skupinové pojištění, které sjednává AXA životní pojišťovna a.s., platí příslušná ustanovení zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění, tyto Pojistné podmínky pro skupinové pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici 0416TM/CZ, (dále jen „pojistné podmínky“ nebo „PP“) a ujednání Skupinové pojistné smlouvy. Pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
2. Pojistitelem se rozumí AXA životní pojišťovna a.s., IČ: 61 85 95 24, se sídlem Lazarská 13/8, 120 00 Praha 2, Česká republika, kontaktní adresa – AXA životní pojišťovna a.s., Úzká 488/8, 602 00 Brno, Česká republika, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze pod spisovou značkou oddíl B, vložka 2831, provozující pojišťovací činnost a související činnosti v oblasti životního pojištění a rovněž v pojistných odvětvích uvedených v části B bodech 1 a 2 přílohy k zákonu č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví (tj. úrazové pojištění a pojištění nemoci), (dále jen „pojistitel“).

Článek 2. Výklad pojmů

Pro účely tohoto pojištění jsou následující pojmy vymezeny takto:

pojistník – právnická osoba, která má s pojistitelem uzavřenou platnou pojistnou smlouvu; pojistníkem je mBank S.A., se sídlem Warszawa, Senatorska 18, PSC 00 950, Polská republika, zapsaná ve Vnitrostátním soudním rejstříku s č. zápisu 0000025237 a identifikačním číslem - REGON 001254524, působící v České republice prostřednictvím mBank, S. A., organizační složka se sídlem Sokolovská 668/136 d, 186 00 Praha IČ: 27943445 zapsané v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze pod spisovou značkou oddíl A, vložka 58319 (dále též jen „mBank“)

pojištěný – fyzická osoba, na jejíž život, zdraví nebo jinou hodnotu pojistného zájmu se pojištění vztahuje; pojištěným je klient pojistníka, který přistoupil do pojištění a je majitelem běžného účtu vedeného pojistníkem (dále též jen „Účet“) a v jejíž prospěch je sjednáno pojištění dle této smlouvy,

pojištění - pojištění pro případ denní dávky při pobytu v nemocnici následkem úrazu nebo nemoci,

pojistný program – jednotlivé pojištění jednotlivého pojištěného poskytované ve variantách pojištění poskytovaného dle pojistné smlouvy. Pojistný program je též nazýván jako „pojistný program mDárek“ či jako „program mDárek“ a je poskytován ve variantách DIAMOND, PLATINUM, GOLD, SILVER a STANDARD,

oprávněná osoba – osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění;

obmyšlená osoba – osoba, která nabývá právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného. Pojistník neodvolatelně určuje, že takovou osobou je osoba určená dle § 2831 Občanského zákoníku, tj. manžel/ka pojištěného, a není-li ho, děti pojištěného. Není-li takováto osoba, nabývají práva na pojistné plnění rodiče pojištěného, a není-li jich, nabývají tohoto práva dědici pojištěného. Ustanovení o ochraně oprávněného dědice tím nejsou dotčena.

Vznikne-li právo na pojistné plnění více obmyšleným osobám, má se za to, že jejich podíly jsou stejné.

Pojištěný svým vstupem do pojištění souhlasí s výše uvedeným určením obmyšlené osoby. Toto ujednání je během celé doby pojištění neměnné.

pojistná smlouva – Skupinová pojistná smlouva č. 5708000000 uzavřená mezi pojistníkem a pojistitelem, dle které jsou pojištěny pojištěné osoby a která stanoví podmínky jejich pojištění a jejíž nedílnou součástí jsou tyto pojistné podmínky

skupinové pojištění – soubor pojištění, které se vztahuje na skupinu jednotlivých pojištěných blíže vymezených v pojistné smlouvě. Není-li v pojistné smlouvě či v podmínkách dále stanoveno jinak, lze činit právní jednání týkající se pouze jednotlivého pojištění jednotlivého pojištěného

pojistná doba – doba, na kterou bylo pojištění sjednáno,

pojistné období - období dohodnuté v pojistné smlouvě, za které se platí pojistné,

pojistný rok - roční období začínající dnem počátku pojištění jednotlivého pojištěného, na která se dělí pojistná doba,

pojistný certifikát – potvrzení o vzniku pojištění vystavené pojistitelem pojištěným osobám,

pojistná událost – nahodilá skutečnost blíže specifikovaná v těchto pojistných podmínkách, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout oprávněné osobě pojistné plnění z tohoto pojištění,

pojistné nebezpečí – možná příčina vzniku pojistné události, která je jako pojistná událost blíže označená u jednotlivého pojištění v pojistných podmínkách nebo v pojistné smlouvě, pokud není stanoveno jinak,

obnosové pojištění – pojištění, které zavazuje pojistitele poskytnout v případě pojistné události jednorázové či opakované pojistné plnění ve sjednaném rozsahu,

vstupní věk – věk pojištěného stanovený jako rozdíl mezi datem počátku pojištění a datem narození pojištěného, vstupní věk pojištěného je 18 – 63 let,

výstupní věk – maximální věk pojištěného stanovený pro určité pojištění, kde věk pojištěného je dán rozdílem kalendářního roku konce pojistného roku a kalendářního roku narození pojištěného. Pojištění zaniká nejpozději koncem pojistného roku, ve kterém pojištěný dosáhne výstupního věku, tj. 65 let,

úraz - neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného nebo neočekávané a nepřerušené působení vysokých nebo nízkých zevních teplot, plynů, par, záření, elektrického proudu a jedů (s výjimkou jedů mikrobiálních a látek imunotoxických), kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví. Za úraz se považuje také úder blesku, utonutí, nákaza tetanem nebo vzteklinou při úrazu, udušení výlučně následkem úrazu, nemoc vzniklá výlučně následkem úrazu, místní zhnisání po vniknutí choroboplodných zárodků do otevřených rány způsobené úrazem a diagnostické, léčebné nebo preventivní opatření, které slouží k vyléčení následků úrazu,

• za úraz se nepovažuje:

- zhoršení nemoci následkem úrazu,
- náhlá cévní příhoda a amoce sítnice,

- poškození zdraví způsobené pojištěnému diagnostickým, léčebným nebo preventivním opatřením, které neslouží k vyléčení následků úrazu nebo neodborným zásahem, který si pojištěný provede nebo nechá provést na svém těle,
- aseptické záněty tíhových váčků, šlachových pochev a svalových úponů,
- přerušení degenerativně změněných orgánů (např. Achillova šlacha, meniskus) malým nepřímým násilím a porušení Achillovy šlachy s výjimkou přetěti z vnějšku,
- organicky podmíněné poruchy nervového systému, vyjma těch, které jsou způsobeny poškozením při úrazu,
- případy vymknutí končetin, stejně jako natržení nebo odtržení části končetin a svalů na páteři, šlach, vaziva a pouzder kloubů jsou považovány za úraz pouze v případě jejich vzniku v důsledku náhlé odchylky od běžného pohybu při vykonávané aktivitě,

• za následky úrazu se nepovažují duševní choroby a poruchy, a to i když se dostavily v souvislosti s úrazem,

Hospitalizace z lékařského hlediska nezbytná - pobyt v nemocnici, kdy vzhledem k závažnosti a charakteru onemocnění či úrazu musí být ošetření a léčení provedeno v její lůžkové části, která je pod stálým lékařským dozorem, a tato nemocnice disponuje dostatečným diagnostickým, chirurgickým a terapeutickým zařízením, pracuje v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a její provozování je v souladu s příslušnými právními předpisy,

Evropa – státy Evropské unie a Švýcarsko, Norsko, Island, Černá Hora, Bosna a Hercegovina, Srbsko, Makedonie, Andorra, Lichtenštejnsko, Monako, San Marino a Vatikán,

Článek 3. Předmět pojištění

1. Pojistitel sjednává skupinové pojištění jako pojištění obnosové.
2. V rámci skupinového pojištění je možné za podmínek uvedených v těchto pojistných podmínkách sjednat pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici následkem úrazu nebo nemoci (tarif 754A).

Článek 4. Podmínky přijetí do pojištění

1. Pojištění lze sjednat pro klienty mBank pokud:
 - a) byli seznámeni a prokazatelně souhlasí s obsahem pojistné smlouvy a těchto PP,
 - b) mají v mBank uzavřený Účet,
 - c) dosáhnou věku 18 let a více a nepřekročí věk 63 let,
 - d) nepatří mezi nepojistitelné osoby dle čl. 5 PP,
 - e) souhlasí s tím, aby zúčtování měsíčního pojistného za pojištění bylo provedeno formou trvalého příkazu z jeho Účtu vedeného u pojistníka.
2. Potvrdí-li pojištěný přistoupením do pojištění podmínky přijetí do pojištění uvedené v odst. 1, tohoto článku má se za to, že odpověděl na písemné dotazy pojistitele týkající se sjednávajícího pojištění. Vyjde-li najevo, že pojištěný nesplnil tyto podmínky, může pojistitel odstoupit od jednotlivého pojištění v souladu s ustanovením § 2827 odst. 3 Občanského zákoníku nebo odmítnout pojistné plnění.

Článek 5. Nepojistitelné osoby

1. Pojištění podle pojistné smlouvy a těchto pojistných podmínek nelze poskytnout nepojistitelným osobám, tj. takovéto osoby nemohou vstoupit do pojištění (nemohou pojištění platně sjednat) a nemohou se stát pojištěnými osobami; nepojistitelné osoby se pojistná ochrana nevztahuje. Nepojistitelnými osobami jsou:
 - profesionální pyrotechnici, záchranáři zapojení do integrovaného záchranného systému, artisté, kaskadéři, krotitelé, akrobati, speleologové, horníci, průzkumníci nerostných surovin, pracovníci pracující s výbušninami (výroba, doprava, skladování) nebo zařízeními obsahujícími výbušninu, pracovníci v zařízeních na těžbu ropy anebo plynu, dřevorubci, profesionální potápěči, piloti a palubní personál dopravních a vojenských letadel, posádky námořních plavidel, osoby přepravující hotovost, pracovníci v jaderných zařízeních,
 - vojáci, profesionální hasiči, policisté, policejní agenti a osoby zpravodajských služeb s výjimkou pracovníků vykonávajících v rámci těchto povolání výlučně administrativní činnost,
 - osoby zabezpečující ochranu osob, pracovníci důlní a horské záchranné služby, vojáci a policisté útvaru rychlého nasazení a podobné speciální jednotky, profesionální sportovci,
 - osoby, které mají z titulu zdravotních problémů omezenou pohyblivost a/nebo limitované schopnosti v zaměstnání anebo v běžném životě, osoby, kterým byl přiznán invalidní důchod (plný i částečný, resp. pro invaliditu I. – III. stupně),
 - osoby postižené nervovou nebo duševní poruchou; osoby závislé na alkoholu a jiných návykových látkách,
 - osoby s těžkým zdravotním postižením (např. trpícími závažným srdečně-cévním onemocněním, slepotou, závažnými revmatickými těžkostmi, roztroušenou sklerózou),
 - trpící cukrovkou (jakéhokoliv stupně),
 - které podstupují či podstoupili léčbu nádorových onemocnění.
2. Profesionál je definovaný jako osoba, které plyne větší část příjmů z dané činnosti nebo z aktivit souvisejících s danou činností.
3. V případě, že toto pojištění bude poskytnuto osobě, která je v okamžiku vstupu do pojištění (tj. v okamžiku, kdy došlo

ke vzniku jejího pojištění, resp. kdy by ke vzniku jejího pojištění došlo) osobou nepojistitelnou, je pojištění takovéto osoby od počátku neplatné a neúčinné. Jakmile pojistitel tuto skutečnost zjistí, zašle pojistníkovi a pojištěnému oznámení o tom, že pojištění takovéto osoby je od počátku neplatné a neúčinné a pojistník, pojištěný a pojistitel jsou povinni si v takovém případě vrátit veškerá plnění, která byla na základě pojistné smlouvy, související s takovýmto pojištěním jednotlivé pojištěné osoby poskytnuta.

Článek 6. Vznik, trvání a zánik pojištění

1. Pojištění vzniká v 00.01 hodin dne následujícího po přistoupení do pojištění (v rámci telemarketingové nabídky) za předpokladu, že bude řádně a včas zaplacené příslušné pojistné.
2. První pojistné období pojištění jednotlivého pojištěného začíná dnem, který je uvedený v pojistném certifikátu. Pojištění jednotlivého pojištěného se sjednává na dobu 1 roku s automatickým prodlužováním. Pojistné období pojištění je 1 měsíc. Pojištění nemůže být přerušeno.
3. Pojištění jednotlivého pojištěného zaniká k první z následujících událostí:
 - a) posledním dnem pojistného období, ve kterém došlo k zániku Účtu,
 - b) dnem smrti pojištěného,
 - c) nejpozději 2 kalendářní dny před dnem, ve kterém pojištěný dosáhne věku 65 let.,
 - d) odstoupením pojištěného od pojištění na základě telefonické žádosti podané na určenou telefonickou linku pojistitele formou nahrávaného hovoru, podanou pojistiteli nejpozději do 30ti dnů od okamžiku, kdy za pojištění klienta pojistníka bylo řádně uhrazeno první pojistné dle této smlouvy. V tomto případě takovéto pojištění pojištěného klienta pojistníka pozbyvá od počátku své účinnosti, tj. je zrušeno od počátku, pojistitel vrátí pojistníkovi již uhrazené pojistné (pokud již bylo uhrazeno) a účastníci pojištění si vrátí případná další plnění, které mezi nimi již proběhla;
 - e) odmítnutím pojistného plnění,
 - f) nesouhlas-li pojistník se změnou měsíčního pojistného dle pojistné smlouvy, za podmínek dle pojistné smlouvy,
 - g) ke konci pojistného období, ve kterém došlo k zániku pojistné smlouvy,
 - h) na základě žádosti pojištěného (podané nejpozději 6 týdnů před koncem pojistného období) o ukončení pojištění (telefonické žádosti formou nahrávaného hovoru na určenou telefonickou linku pojistitele), přičemž jednotlivé pojištění končí posledním dnem pojistného období následujícím po kalendářním měsíci, ve kterém byla takováto žádost o ukončení doručena pojistiteli.
 - i) dnem, ve kterém pojistitel obdrží písemné oznámení pojištěného o odvolání souhlasu se zjišťováním zdravotního stavu a příčiny smrti,
 - j) nezaplacením příslušného pojistného za první dvě pojistná období nejpozději do konce druhého pojistného období, pozbyvá takovéto pojištění pojištěného klienta pojistníka od počátku své účinnosti, tj. je zrušeno od počátku.
 - k) nezaplacením pojistného za následné pojistné období, za 3 po sobě následující pojistná období, nejpozději do konce takového třetího pojistného období; v takovémto případě dochází k ukončení pojištění pojištěného klienta pojistníka k poslednímu dni pojistného období, za které bylo pojistné uhrazeno;
4. Zodpoví-li pojistník nebo jednotlivý pojištěný při sjednávání pojistné smlouvy či jednotlivého pojištění resp. při přistoupení do pojištění nebo v souvislosti s ním úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivě nebo neúplně písemně dotazy pojistitele týkající se sjednávání pojištění, má pojistitel právo od pojistné smlouvy nebo od pojištění jednotlivého pojištěného odstoupit, jestliže při pravdivém a úplném zodpovězení dotazů by pojistnou smlouvu nebo pojištění jednotlivého pojištěného neuzavřel. Toto právo může pojistitel uplatnit do 2 měsíců ode dne, kdy takovou skutečnost zjistil, jinak právo zanikne. Stejně právo odstoupit od pojistné smlouvy jako pojistitel má, za podmínek podle tohoto ustanovení i pojistník, jestliže mu pojistitel nepravdivě nebo neúplně zodpověděl jeho písemné dotazy týkající se sjednávání pojištění. Písemné dotazy pojistníka a pojištěného je oprávněn zodpovídat pouze pojistitel.
5. Pokud bylo pojištění sjednáno za použití prostředků komunikace na dálku, je pojistník oprávněn od pojištění bez udání důvodu odstoupit ve lhůtě 14 dnů od jeho sjednání nebo ode dne, kdy mu byly sděleny pojistné podmínky, pokud k tomuto sdělení dojde na jeho žádost po sjednání pojištění, přičemž pojištění se v tomto případě ruší od počátku. V takovém případě pojistitel vrátí pojistníkovi bez zbytečného odkladu, nejpozději však do 30 dnů ode dne, kdy se odstoupení stane účinným, zaplacené pojistné, přičemž má právo odečíst si to, co z pojištění již plnil. Přesahuje-li vyplacené pojistné plnění výši zaplaceného pojistného, vrátí pojistník, popřípadě pojištěný, částku zaplaceného plnění, která přesahuje zaplacené pojistné. Odstoupení je nutné zaslat písemně na kontaktní adresu pojistitele. Žádost o odstoupení od pojištění je k dispozici na www.axa.cz.

Článek 7. Pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici následkem úrazu nebo nemoci (tarif 754A)

1. Pojistnou událostí pro pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici je hospitalizace pojištěného z lékařského hlediska nezbytná, která nastala v době trvání pojištění, v důsledku onemocnění či úrazu. Pojistnou událostí je rovněž hospitalizace v souvislosti s těhotenstvím, porodem a stomatologickým ošetřením, a to za dále stanovených podmínek.
2. Pojistným nebezpečím je nemoc nebo úraz, který vznikl v době trvání pojištění, ve smyslu čl. 2. PP - vymezení pojmu „úraz“, včetně omezení a výluk tam uvedených.

3. Pojistná událost začíná okamžikem hospitalizace pojištěného, která je z lékařského hlediska nezbytná, a končí okamžikem, kdy hospitalizace již není z lékařského hlediska nezbytná.
4. Nárok na plnění vzniká pouze u pojistné události nastalé po uplynutí 3 měsíční čekací doby (počítá se od počátku pojištění). V případě pojistné události následkem úrazu, ke kterému došlo v době trvání pojištění, se čekací doba neuplatňuje. Zvláštní čekací doba v trvání 8 měsíců se stanoví pro případ hospitalizace v souvislosti se stomatologickým ošetřením, zhotovením stomatologických náhrad, s úkony čelistní chirurgie a čelistní ortopedie, psychoterapie a ortopedických náhrad a v trvání 3 let pro případ ošetrovatelské péče. Při změně pojistné smlouvy z důvodu navýšení pojistné částky se u navýšené části počítá čekací doba od data účinnosti změny pojištění dle výše uvedených pravidel.
5. Pro účely poskytnutí pojistného plnění z pojištění denní dávek při pobytu v nemocnici se počet dnů pobytu v nemocnici stanoví podle počtů půlnocí, které pojištěný v nemocnici stráví.
6. V pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici se sjednává jednorázové plnění, které se stanoví jako součin sjednané pojistné částky (denní dávky) a příslušného počtu půlnocí hospitalizace.

Počet půlnocí hospitalizace	Výše plnění
1 – 365	Pojistná částka/denní dávka (dále jen „PČ“) x počet půlnocí hospitalizace

7. V případě hospitalizace pojištěného na jednotce intenzivní péče (dále také „JIP“), je za půlnoci strávené na JIP poskytován dvojnásobek pojistné částky, maximálně však za dobu 90 půlnocí pro jednu pojistnou událost.
8. Doba, za kterou je přiznána denní dávka, činí maximálně 1 rok (tedy 365 dnů) pro každou pojistnou událost.
9. Pojištěný je povinen oznámit pojistnou událost a její délku bez zbytečného odkladu po skončení hospitalizace na formuláři pojistitele, ke kterému musí být přiložena propouštěcí zpráva a případně další doklady, které pojistitel považuje za nezbytné pro šetření pojistné události. Případné náklady na vystavení uvedených dokladů nese pojištěný.
10. Pojištěný je oprávněn žádat o dílčí plnění v případě dlouhodobé hospitalizace, v tomto případě musí být pojistiteli předloženy doklady o jejím trvání. Na základě těchto dokladů pojistitel může vyplatit odpovídající dílčí plnění.
11. Pojistné plnění poskytne pojistitel nejpozději do 15 dnů ode dne, kdy skončilo šetření nutné ke zjištění rozsahu jeho povinnosti plnit. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí jeho výsledky oprávněné osobě.

Článek 8. Omezení a výluky

1. Pojistitel neposkytuje plnění za pojistné události, které nastaly v přímé nebo nepřímé souvislosti s válečnými událostmi, invazí, vnitřními nepokoji, terorizmem (jaderným, biologickým a chemickým), jadernou katastrofou, epidemií, pandemií anebo při plnění služebních úkolů vojáků při zahraničních misích. Toto omezení plnění se nevztahuje na pojistné události, které nastaly v souvislosti s vnitřními nepokoji na území České republiky, a pojištěný či oprávněná osoba prokáže, že se pojištěný na těchto událostech aktivně nepodílel na straně organizátorů nepokojů.
2. Z pojistné ochrany jsou vyloučena poškození, úrazy, onemocnění nebo poruchy zdraví, které nastaly nebo byly diagnostikovány před uzavřením/sjednáním jednotlivého pojištění, resp. pojistitel je oprávněn pojistné plnění z tohoto titulu snížit.
3. Pojistitel má právo odmítnout poskytnutí plnění:
 - a) došlo-li k pojistné události pojištěného v souvislosti s činem, pro který byl pojištěný uznán vinným úmyslným trestním činem, nebo kterým si úmyslně ublížil na zdraví, pokud není v pojistných podmínkách dále uvedeno jinak,
 - b) jestliže oprávněná osoba uvede při uplatňování práva na plnění vědomě nepravdivé nebo hrubě zkreslené údaje týkající se pojistné události, jejího rozsahu anebo podstatné údaje týkající se této události zamlčí,
 - c) nastala-li pojistná událost po uplynutí výstupního věku pojištěného.
4. Pojistitel může pojistné plnění odmítnout, byla-li příčinou pojistné události skutečnost, o které se dozvěděl až po vzniku pojistné události, kterou při sjednávání pojištění nebo jeho změny nemohl zjistit v důsledku zaviněného porušení povinnosti stanovené v § 2788 občanského zákoníku (povinnost k pravdivým sdělením) a při jejíž znalosti by při uzavírání smlouvy, resp. při sjednávání jednotlivého pojištění tuto smlouvu neuzavřel či takovéto jednotlivé pojištění nesjednal nebo pokud by smlouvu uzavřel či jednotlivé pojištění sjednal, tak za jiných podmínek.
5. Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění až na jednu polovinu:
 - a) pokud došlo k pojistné události následkem požití alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky pojištěným, a okolnosti, za kterých k pojistné události došlo, to odůvodňují. To neplatí, pokud látky podle věty první obsahovaly léky, které pojištěný užil způsobem předepsaným 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,

- b) v případě nedodržení léčebného režimu. Tím se rozumí zejména nerespektování pokynů lékaře při léčbě nebo zbytečný odklad vyhledání lékařského ošetření při vzniku úrazu.
6. Oprávněná osoba nemá právo na plnění, jestliže pojistnou událost způsobila úmyslně sama nebo z jejího podnětu jiná osoba.
7. Pojistitel neposkytuje pojistné plnění za úrazy vzniklé:
- při řízení motorového vozidla pojištěným bez odpovídajícího řidičského oprávnění,
 - při jízdě odcizeným motorovým vozidlem,
 - při použití leteckých prostředků všeho druhu (včetně létání na bezmotorovém či motorovém rogalu, v kluzáku či balonu),
 - z pojistné ochrany nejsou vyloučeny úrazy, které pojištěný utrpí jako osoba dopravovaná letadlem určeným pro přepravu osob; za dopravovanou osobu se nepovažuje člen posádky letadla ani jiná osoba profesně činná při obsluze nebo provozu letadla,
 - při seskocích z letadel (parašutismu), paraglidingu a při bungee jumpingu,
 - při účasti na motoristických závodech, včetně přípravných jízd,
 - při účasti na soutěžích v lyžování a snowboardingu, ve skocích na lyžích, v jízdě na bobech a skeletonech, včetně přípravných skoků a jízd,
 - při výkonu horolezeckého sportu, nebo lezení po cvičných stěnách,
 - při vykonávání extrémních druhů sportu, kontaktních bojových sportu, jezdeckví, vodní motorové sporty, potápění, které je prováděno profesionálně nebo jako součást povolání; a pod.
 - při profesionálním provozování sportu včetně tréninku,
 - následkem duševních poruch, všech poruch vědomí, které jsou způsobeny chorobami nebo krátkodobou neúrazovou změnou zdravotního stavu s ovlivněním vědomí následkem sebevraždy, pokusu o sebevraždu, jakož i úmyslného poškození vlastního zdraví,
 - následkem radioaktivního záření,
 - následkem poškození zdraví způsobené pojištěnému diagnostickým, léčebným nebo preventivním opatřením, které neslouží k vyléčení následků úrazu nebo neodborným zásahem, který si pojištěný provede nebo nechá provést na svém těle,
 - následkem kosmetických úkonů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné.
8. Pojistitel neposkytuje plnění za:
- vznik a zhoršení kýl (hernií), nádorů všeho druhu a původu, bércových vředů, diabetických gangrén, epikondylitit,
 - infekční nemoci, i když byly přeneseny v důsledku úrazu (kromě nákazy tetanem nebo vzteklinou při úrazu),
 - výhřez meziobratlové ploténky, ploténkové páteřní syndromy a jiné dorzopatie (diagnózy M40 až M54 podle mezinárodní klasifikace nemocí).
9. Toto pojištění se dále nevztahuje také na hospitalizace:
- v rámci léčebného pobytu v lázeňském zařízení a sanatoriu a v rehabilitačním zařízení,
 - při hospitalizaci v souvislosti pouze s potřebou pečovatelské a opatrovnické péče, v léčebně pro dlouhodobě nemocné, v léčebně tuberkulózy a respiračních nemocí a při pobytu pojištěného v ústavu sociální péče a na ošetřovně vojenského útvaru,
 - následkem použití diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznávány,
 - v souvislosti s kosmetickými úkony, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,
 - v souvislosti s operací, jejíž výkon byl stanoven příslušným odborným lékařem před počátkem pojištění a pojištěný při uzavření pojistné smlouvy o této skutečnosti věděl nebo vědět mohl,
 - při hospitalizaci v psychiatrické léčebně a jiném zdravotnickém zařízení v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu,
 - z důvodu umělého oplodnění nebo léčení sterility a v souvislosti s potratem/ interrupcí bez lékařské indikace a s tím souvisejících komplikací,
 - v souvislosti s pobytem v léčebnách alkoholismu, toxikomanie a hráčské závislosti,
 - jako doprovod dítěte,
 - kratší než 24 hodin,
 - za dny, resp. noci, kdy se pojištěný v nemocnici vůbec nezdržoval.
10. Pojistitel neposkytne pojistné plnění v případě, kdy obdrží písemné oznámení pojištěného o odvolání souhlasu se zjišťováním zdravotního stavu.

Článek 9. Územní platnost

1. Územní platnost pojištění se vztahuje na hospitalizaci poskytnutou ve státech spadajících do územní platnosti Evropa.

Článek 10. Povinnosti pojištěného, obmyšlené osoby

1. Pojištěný/obmyšlená osoba je povinen/a:
- a) Pravdivě a úplně odpovědět na všechny písemné dotazy pojistitele týkající se sjednáváného a sjednaného pojištění a nezamlčet nic podstatného. Za podstatné jsou pojistitelem považovány všechny okolnosti související s písemným dotazem.

- b) Podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků pojistné události, vyplnit formulář pojistitele „Oznámení pojistné události“, a zaslat jej na kontaktní adresu pojistitele: Úzká 488/8, 602 00 Brno a předložit k tomu doklady potřebné pro výplatu pojistného plnění, které si pojistitel vyžádá, a to v českém jazyce, a případně originální dokumenty v cizím jazyce opatřené úředním překladem. Pojištěný na vlastní náklady zajistí úředně ověřený překlad takových dokladů do českého jazyka.
- c) Řídit se pokyny pojistitele (např. podrobit se lékařské prohlídce na vyzvání pojistitele); pojistitel hradí pouze náklady za lékařskou prohlídku, ostatní náklady hradí pojištěný sám. Pro zjištění rozsahu povinnosti plnit může pojistitel požadovat další nutné doklady a sám provádět další potřebná šetření; umožnit pojistiteli nebo jím pověřeným osobám veškerá šetření nezbytná pro posouzení nároku na pojistné plnění a jeho výši.

Článek 11. Ustanovení o osobních údajích

1. Pojištěný přistoupením do pojištění, současně uděluje pojistiteli souhlas s tím, aby jeho osobní údaje vč. citlivých údajů, uvedené v přihlášce do pojištění nebo v jiném dokumentu/souboru předaném pojistiteli či jiným způsobem získaném pojistitelem v souvislosti se sjednáním pojištění nebo v době trvání pojištění byly pojistitelem či jím pověřenými zpracovateli osobních údajů zpracovávány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností dle zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, jakož i za účelem plnění práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu, a to po dobu nezbytně nutnou k naplnění účelu zpracování. Pro účely ustanovení zákona č. 101/2000 Sb. má pojistitel postavení správce osobních údajů. Pojištěný dále přistoupením do pojištění, zmocňuje pojistitele nebo jím pověřené osoby provozující zdravotnické zařízení k tomu, aby získávali a zpracovávali informace a údaje o jeho zdravotním stavu, jakož i zdravotnickou dokumentaci od osob provozující zdravotnické zařízení. Pojištěný opravňuje všechny příslušné lékaře a zdravotnická zařízení, aby pojistiteli v rozsahu výše uvedeného zmocnění sdělovali veškeré jím požadované informace.
2. Pojistitel je oprávněn zpracovávat osobní údaje pojištěného (dále také jen „subjekt údajů“) v rozsahu nezbytném k řádnému plnění povinností pojistitele stanovených v pojistné smlouvě a obecně závazných právních předpisech. Pojistitel je oprávněn zpracovávat osobní údaje subjektu údajů po dobu nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích z pojistné smlouvy a dále po dobu vyplývající z obecně závazných právních předpisů (např. zákona o archivnictví, zákona proti legalizaci výnosů z trestné činnosti, účetních či daňových předpisů apod.).
3. Pojištěný přistoupením do pojištění, poskytuje pojistiteli souhlas s tím, aby jeho osobní údaje byly předávány subjektům v rámci mezinárodní skupiny AXA, jejíž je pojistitel součástí, a to pro účely a po dobu stanovenou v ustanovení odstavce 2 tohoto článku.
4. Správce osobních údajů je povinen:
 - a) přijmout taková opatření, aby nemohlo dojít k neoprávněnému nebo nahodilému přístupu k osobním údajům, k jejich změně, zničení či ztrátě, neoprávněným přenosům, k jejich jinému neoprávněnému zpracování, jakož i k jinému zneužití s tím, že tato povinnost platí i po skončení zpracování osobních údajů;
 - b) zpracovávat pouze pravdivé a přesné osobní údaje;
 - c) shromažďovat osobní údaje pouze v nezbytném rozsahu ke stanovenému účelu;
 - d) nesdružovat osobní údaje, které byly získány k rozdílným účelům;
 - e) při zpracování osobních údajů dbát na ochranu soukromého života subjektu údajů;
 - f) poskytnout na žádost subjektu údajů informace o zpracování jeho osobních údajů, pojistitel je oprávněn požadovat úhradu nákladů s tím spojených.
5. Pojistitel je oprávněn předávat osobní údaje pro účely a po dobu stanovenou v ustanovení odstavce 2 tohoto článku i dalším subjektům (dále také jen „zpracovatel“), a to na základě zvláštní písemné smlouvy o zpracování osobních údajů.
6. Pojistitel se zavazuje zajistit, aby jakékoli osoby, které přijdou do styku s osobními údaji (zejména zaměstnanci pojistitele, zpracovatelé, zaměstnanci zpracovatele) dodržovaly povinnosti stanovené zákonem č. 101/2000 Sb., pojistnou smlouvou a pojistnými podmínkami.

Článek 12. Forma právního jednání a doručování

1. Právní jednání směřující ke změně nebo zániku jednotlivého pojištění musí být učiněna v písemné formě, pokud není uvedeno v pojistné smlouvě či v pojistných podmínkách jinak. Písemná forma je zachována i při právním jednání učiněném elektronickými nebo jinými technickými prostředky umožňujícími zachycení jeho obsahu a určení jednajících osoby.
2. Požádá-li o to osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, sdělí pojistitel výsledek šetření pojistné události v písemné formě.
3. Právní jednání týkající se pojištění musí být učiněna v písemné formě, pokud není uvedeno v pojistné smlouvě či v pojistných podmínkách jinak. Právní jednání v písemné formě musí být účastníku pojištění doručeno v souladu s ustanovením tohoto článku.
4. Právní jednání v písemné formě (dále jen „písemnost“) je adresátovi doručováno:
 - a) prostřednictvím držitele poštovní licence podle zvláštního právního předpisu, a to na poslední známou adresu adresáta, jemuž je písemnost určena;
 - b) elektronicky
 - c) osobně zaměstnancem nebo pověřenou osobou pojistitele.

Je-li písemnost určena pojistiteli, adresa pro doručování je kontaktní adresa pojistitele: AXA životní pojišťovna a.s., Úzká 488/8 602 00 Brno, Česká republika. Doručení zmocněnému zástupci pojistitele se považuje za doručení pojistiteli.

Je-li písemnost určena pojištěnému, doručuje se na adresu uvedenou ve smlouvě o účtu, jejíž součástí je přihlášení do pojištění resp. v Přihlášce do pojištění

Je-li písemnost určena pojistníkovi, doručuje se na adresu sídla pojistníka.

5. Nebyl-li adresát zastížen, bude písemnost uložena u držitele poštovní licence. Nevyzvedne-li si adresát písemnost do 15 kalendářních dní ode dne jejího uložení, poslední den této lhůty se považuje za den doručení, i když se adresát o uložení nedozvěděl.
6. Bylo-li přijetí písemnosti adresátem odmítnuto, považuje se písemnost za doručenu dnem odmítnutí přijetí.
7. Pokud se adresát v místě doručení nezdržuje, aniž by o tom informoval pojistitele, považuje se písemnost za doručenu dnem, kdy byla zásilka vrácena jako nedoručená.
8. Veškeré právní jednání a oznámení týkající se pojištění musí být učiněna v českém jazyce.

Článek 13. Ostatní ustanovení

1. Stížnosti a reklamace pojistníka, pojištěných a oprávněných osob vyřizuje pověřený zaměstnanec útvaru, do jehož činnosti stížnost nebo reklamace svým obsahem věcně směřuje. Podrobnosti pro vyřizování stížností a reklamací jsou stanoveny v Reklamačním řádu pro klienty finanční skupiny AXA. Stížnosti a reklamace je možné podávat ústně na pobočkách pojistitele nebo písemně. Se stížností nebo reklamací je možné se obrátit také na Českou národní banku se sídlem Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1, jakožto dohledový orgán pojistitele.
2. Pojistník a pojištěný se může obrátit s návrhem na mimosoudní řešení sporů k finančnímu arbitrovi České republiky. Návrh na zahájení řízení lze podat písemně poštou, v elektronické podobě (e-mailem opatřeným zaručeným podpisem nebo prostřednictvím datové schránky), osobně, resp. ústně do protokolu v sídle Kanceláře finančního arbitra.
3. Jazykem pro uzavření pojistné smlouvy a sjednání pojištění a pro komunikaci mezi pojistitelem, pojistníkem a pojištěným je český jazyk.
4. Pojistná smlouva/pojištění se řídí právním řádem České republiky. K řešení sporů jsou příslušné obecné soudy. Pojistitel upřednostňuje mimosoudní řešení sporů.
5. Orgánem dohledu je Česká národní banka, se sídlem Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1
6. V případě sjednání pojištění formou prostředků komunikace na dálku pojistitel neúčtuje dodatečné náklady za použití prostředků komunikace na dálku. Pojištěnému sjednáním pojištění nevznikají žádné daňové povinnosti a pojistitel neúčtuje v této souvislosti žádné zvláštní poplatky.
7. Zájemce o sjednání pojištění má právo žádat pojistitele o poskytnutí dalších informací týkajících se pojištění.
8. Pojistitel se při své činnosti řídí etickým kodexem České asociace pojišťoven, který je uveřejněn na internetových stránkách České asociace pojišťoven www.cap.cz
9. Tyto pojistné podmínky vstupují v platnost dne 1. 4. 2016.