

**Skupinová pojistná smlouva
č. 5720000000**

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, odštěpný závod
zahraniční právnické osoby**

se sídlem Pernerova 691/42, 186 00 Praha

IČ: 27943445

zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 58319

zastoupena: Pawel Kucharski, vedoucí odštěpného závodu

(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 v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 2831

zastoupena: Robert Gauci, předseda představenstva

Frédéric Boulanger, člen představenstva

(dále jen "pojistitel" nebo „pojišťovna“)

uzavírají tímto podle zákona č. 89/2012., Občanský zákoník (dále jen „**Občanský zákoník**“), tuto
Pojistnou smlouvu o skupinovém pojištění č. 5720000000 (dále též jen „**pojistná smlouva**“ či
„**smlouva**“)

Článek 1.

Úvodní ustanovení

1. Pojištění sjednaná dle této skupinové pojistné smlouvy se řídí touto smlouvou, jejíž součástí jsou jako příloha č. 1 Pojistné podmínky pro skupinové pojištění onkologických onemocnění mZdraví - 1019SP/CZ (dále jen „pojistné podmínky“), Občanským zákoníkem a dalšími obecně závaznými právními předpisy České republiky.
2. Pojištění má povahu skupinového pojištění, ve kterém klient přistupuje k pojištění sjednanému touto pojistnou smlouvou, která byla uzavřena mezi pojistníkem a pojistitelem. Přistoupením k pojištění vznikají pojištěnému práva a povinnosti vůči pojistiteli a pojistníkovi.

Článek 2.

Výklad pojmů

1. Pro tuto pojistnou smlouvu platí definice pojmů uvedené v pojistných podmínkách.

Článek 3.
Předmět smlouvy

1. Předmětem této smlouvy je závazek pojistitele poskytnout pojištěným pojištění a poskytnout pojistné plnění dle této smlouvy a pojistných podmínek, pokud nastane pojistná událost a závazek pojistníka hradit pojistné za pojištění jednotlivých pojištěných dle této smlouvy.
2. Touto smlouvou se sjednává pojištění:
 1. Balíček pro ženy (tarify 791A, tarif 791B)
 - pojištění pro případ onkologických onemocnění - s jednorázovým plněním (tarif 791A), a
 - pojištění pro případ onkologických onemocnění - s plněním formou měsíční renty (tarif 791B), nebo
 2. Balíček pro muže (tarif 792A, tarif 792B):
 - pojištění pro případ onkologických onemocnění - s jednorázovým plněním (tarif 792A) a
 - pojištění pro případ onkologických onemocnění - s plněním formou měsíční renty (tarif 792B),
3. Výše uvedená pojištění lze sjednat pro jednotlivé pojištěné vždy pouze při současném sjednání obou tarifů ze zvoleného balíčku, a to v dále uvedených variantách Pojistného programu mZdraví.
4. Pojištění se sjednává v následujících variantách (rozsahu) Pojistného programu mZdraví:
 - a) Pojištění pro případ onkologických onemocnění – Balíček pro ženy

Balíček pro ženy	VARIANTY POJISTNÉHO PROGRAMU		
	STANDARD	KLASIK	PREMIUM
Pojištěný	Klient	Klient	Klient
Typ pojištění	Pojistná částka		
Pojištění pro případ onkologických onemocnění – s jednorázovým plněním	300 000 Kč	500 000 Kč	700 000 Kč
Pojištění pro případ onkologických onemocnění – s plněním formou měsíční renty	10 000 Kč měsíčně	10 000 Kč/měsíčně	10 000 Kč/měsíčně

- b) Pojištění pro případ onkologických onemocnění – Balíček pro muže

Balíček pro muže	VARIANTY POJISTNÉHO PROGRAMU		
	STANDARD	KLASIK	PREMIUM
Pojištěný	Klient	Klient	Klient
Typ pojištění	Pojistná částka		
Pojištění pro případ onkologických onemocnění – s jednorázovým plněním	300 000 Kč	500 000 Kč	700 000 Kč
Pojištění pro případ onkologických onemocnění – s plněním formou měsíční renty	10 000 Kč měsíčně	10 000 Kč/měsíčně	10 000 Kč/měsíčně

5. Pojištění se sjednává jako pojištění **obnosové**. V případě pojistné události pojistitel poskytne jednorázové a opakované pojistné plnění formou měsíční renty v rozsahu sjednané pojistné částky.

Článek 4

Přistoupení k pojištění

1. Klient může přistoupit pouze k jedné z variant pojistného programu. Klientem se pro účely této smlouvy, pojistných podmínek a Programu mZdraví rozumí osoba, která má s pojistníkem uzavřenou smlouvu o vedení účtu.
2. K pojištění může klient přistoupit za podmínek uvedených v pojistných podmínkách.
3. Klient přistupuje k pojištění vlastním právním jednáním, a to vyjádřením souhlasu s tím být pojištěným dle této smlouvy a pojistných podmínek a vyjádřením souhlasu se zadáním trvalého platebního příkazu ze svého účtu pojistníkem, a to ve výši částky rovnající se výši pojistného placeného pojistníkem za pojištění tohoto pojištěného. Klient vyjadřuje svůj souhlas dle předchozí věty ústně prostřednictvím telekomunikačního prostředku.
4. Pojištění je sjednáno dnem, kdy došlo k připsání výše uvedené částky na účet pojistníka.
5. Pro vyloučení pochybností se stanoví, že vyjádřením souhlasu pojištěného s pojištěním je dán pojistný zájem pojistníka na pojištění dle této smlouvy ve smyslu § 2762 Občanského zákoníku.
6. Pojistník je povinen poskytnout klientovi v dostatečném předstihu před sjednáním pojištění pojistné podmínky a další dokumentaci týkající se pojištění.

Článek 5

Počátek, zánik a změna pojištění

1. Počátek pojištění jednotlivého pojištěného je od 00:01 hodin dne následujícího po přistoupení k pojištění za předpokladu, že dojde ke sjednání pojištění dle čl. 4 odst. 4 smlouvy.
2. První pojistné období pojištění jednotlivého pojištěného začíná dnem, který je uvedený v pojistném certifikátu.
3. Pojištění jednotlivého pojištěného se sjednává na dobu neurčitou. Pojištění nemůže být přerušeno.
4. Pojištěnému je poskytována pojistná ochrana po dobu, po kterou:
 - a) je v platnosti tato pojistná smlouva, a rovněž
 - b) nedošlo k některé z událostí, v důsledku které, pojištění zanikne a která je uvedena v pojistných podmínkách.
5. Pojištění zaniká buď z objektivních důvodů nebo právním jednáním pojištěného nebo právním jednáním pojistníka či pojistitele v případech a způsoby upravenými v pojistných podmínkách.
6. Pojištění zaniká vždy v rozsahu celého souboru (balíčku) Pojistného programu.
7. Odstoupením od pojištění se pojištění od počátku zrušuje a pojišťovna vrací pojistníkovi zaplacené pojistné snížené o to, co již případně z pojištění plnila. Pojistník postupuje vůči pojištěnému obdobným způsobem.
8. Pojištěný pojištění vypoví nebo od něj odstoupí vlastním právním jednáním učiněným vůči pojistiteli, a to prostřednictvím telefonu nebo písemně. Za tímto účelem použije pojištěný kontaktní údaje pojistitele.
9. Ukončení nebo zánik jednotlivého či jednotlivých pojištění nemá vliv na účinnost této smlouvy ani na trvání dalších pojištění, která vznikla na základě této smlouvy.
10. Pojištěný je oprávněn změnit variantu Pojistného programu jedenkrát za 12 po sobě jdoucích měsíců, a to vlastním jednáním učiněným ústně prostřednictvím telefonu. Za tímto účelem použije pojištěný kontaktní údaje pojistitele. Nová varianta Pojistného programu je účinná počínaje pojistným obdobím následujícím po datu obdržení takovéto žádosti pojistitelem.

Článek 6 Pojistné

- Pojistné je sjednáváno jako běžné s měsíční frekvencí placení.
- Výše běžného měsíčního pojistného závisí na vstupním věku pojištěného a je uvedena v tabulce níže:

Pojištění onkologických onemocnění – Balíček pro ženy

	VARIANTY POJISTNÉHO PROGRAMU		
	STANDARD	KLASIK	PREMIUM
Vstupní věk pojištěné osoby	Měsíční pojistné/Varianta		
18-29	180 Kč	266 Kč	352 Kč
30-34	204 Kč	302 Kč	400 Kč
35-39	234 Kč	346 Kč	458 Kč
40-44	268 Kč	396 Kč	524 Kč
45-49	301 Kč	445 Kč	589 Kč
50-54	335 Kč	495 Kč	655 Kč

Pojištění onkologických onemocnění – Balíček pro muže

	VARIANTY POJISTNÉHO PROGRAMU		
	STANDARD	KLASIK	PREMIUM
Vstupní věk pojištěné osoby	Měsíční pojistné/Varianta		
18-29	146 Kč	216 Kč	286 Kč
30-34	164 Kč	242 Kč	320 Kč
35-39	193 Kč	285 Kč	377 Kč
40-44	238 Kč	352 Kč	466 Kč
45-49	302 Kč	446 Kč	590 Kč
50-54	414 Kč	612 Kč	810 Kč

- Pojistník je povinen uhradit pojistné v české měně za každé jednotlivé pojištění dle této smlouvy na účet pojišťovny.
- Pojistitel má právo na příslušné pojistné za každé jednotlivé pojistné období bez ohledu na skutečnou délku takového jednotlivého pojistného období. Výjimku představuje zánik pojištění z důvodu zániku této smlouvy. V takovém případě má pojistitel právo na pojistné za skutečnou dobu trvání pojištění, resp. pojistného období.
- Pojistník hradí pojistné za jednotlivá pojištění souhrnně jednou měsíčně pojistiteli tak, že celkové měsíční pojistné za pojistnou smlouvu je rovno součtu měsíčního pojistného za všechna sjednaná a trvajcí pojištění jednotlivých pojištěných v daném měsíci. Souhrnnou částku měsíčního pojistného bude pojistník převádět ze sběrného účtu pojistníka jako pojistné na běžný účet AXA, a to do 20 kalendářního dne.
- Pojistník přenáší náklady vynaložené na pojistné za každé jednotlivé pojištění na pojištěného ve formě úhrady za pojištění, která je účtována k tíži účtu pojištěného vedeného u pojistníka. Pojistník provádí výběr úhrady za pojištění z účtu pojištěného měsíčně formou trvalého příkazu, s jehož zřízením udělil pojištěný souhlas dle čl. 4 odst. 3 smlouvy. Výše měsíční úhrady za pojištění jednotlivého pojištěného musí být rovna částce pojistného. Pojistník není oprávněn výši úhrady za pojištění samovolně navyšovat.

7. První pojistné za pojištěného se hradí až za druhý kalendářní měsíc následující po měsíci, ve kterém nastal počátek pojištění jednotlivé pojištěné osoby. Např. pokud klient přistoupí do pojištění dne 15. 12. 2019, počátek pojištění nastane 16. 12. 2019 a první měsíční pojistné se hradí za pojistné období, které začíná 1. 2. 2020.
8. 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 nezavazuje pojistníka povinnosti zaplatit pojistiteli dlužné pojistné a povinnosti nahradit pojistiteli vzniklou újmu.
9. 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 vyhlášené Českým statistickým úřadem, vypočítané za období 12 měsíců. Pojistitel je dále oprávněn zahájit jednání s pojistníkem o zvýšení pojistného i v případě, kdy škodní poměr v rámci pojištění přesáhne procento, se kterým pojistitel kalkuloval při určení výše pojistného. Škodním 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 nově stanovené pojistné účinné, nově stanovené pojistné se bude vztahovat na všechna pojištění, za která bude pojistník od účinnosti změny pojistného platit pojistiteli pojistné.
10. Pokud do tří měsíců (nebo v jiné lhůtě dohodnuté mezi stranami) od okamžiku, kdy byl pojistník o návrhu změny podle odst. 9 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.
11. Dojde-li k úpravě pojistného dle odst. 9 tohoto článku, zajistí pojistník úpravu výše úhrady za pojištění. V takovém případě je pojistník povinen postupovat v souladu s čl. 7 odst. 1 písm. b).

Článek 7

Práva a povinnosti smluvních stran

1. Pojistník se pojistnou smlouvou zavazuje:

- a) Seznámit svého klienta (ve smyslu čl. 4 odst. 1) s obsahem této smlouvy, pojistnými podmínkami a předmluvní dokumentací, která bude pojistníkovi pojistitelem v této souvislosti poskytnuta, v dostatečném předstihu před sjednáním pojištění, upozornit ho na důsledky spojené s tím, že se nestává pojistníkem ve smyslu § 93 zák. 170/2018 Sb., o distribuci pojištění a zajištění (dále jen „zákon o distribuci“), a dále zveřejnit na svých webových stránkách tuto smlouvu, pojistné podmínky a předmluvní dokumentaci, a to po celou dobu trvání jednotlivých pojištění,
- b) informovat pojištěného o změně výše úhrady za pojištění nejpozději dva měsíce přede dnem splatnosti úhrady za pojištění za pojistné období, ve kterém se má výše úhrady za pojištění změnit,
- c) zařadit do evidence pojištěných všechny své klienty (ve smyslu čl. 4 odst. 1), kteří po datu účinnosti této smlouvy provedli právní jednání přistoupení k pojištění,
- d) platit pojistiteli pojistné za poskytované pojištění podle čl. 6 této smlouvy,
- e) zajistit souhlas pojištěných, kteří přistoupili k pojištění, se zpracováním a předáváním jejich osobních údajů pojistiteli za účelem sjednání pojištění dle této pojistné smlouvy,

- f) v případě pojistné události poskytnout pojistiteli součinnost při likvidaci pojistných událostí, je-li to potřebné ke zpracování podkladů z pojištění. Pojistník se dále zavazuje odevzdat bezodkladně pojistiteli jakoukoli písemnou žádost, oznámení o pojistné události či jiné dokumenty doručené pojistníkovi pojištěným týkající se sjednaného pojištění,
- g) neprodleně informovat pojištěného písemnou formou o jakékoli události související se změnou nebo zánikem pojištění, pokud tuto skutečnost po vzájemné písemné dohodě nebo na základě této smlouvy neoznamuje pojistitel,
- h) plnit povinnosti pojistníka dle § 4 zákona o distribuci,
- i) zajistit, aby jeho pracovníci, kteří se podílí na nabízení možnosti stát se pojištěným, měli odborné znalosti a dovednosti, které jsou přiměřené rozsahu činnosti, kterou skutečně vykonávají,

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 na žádost pojistníka dohodnutým způsobem o oznámených škodných událostech, výsledku šetření škodných událostí a rozsahu pojistného plnění z pojistných událostí,
 - d) informovat na žádost pojistníka o případech, kdy na základě likvidace pojistné události 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 písemnou formou o jakékoliv události související se vznikem a změnami Pojistného programu, s výjimkou změn požadovaných pojistníkem; takové změny je pojistník povinen oznámit pojištěnému po odsouhlasení pojistitele na vlastní náklady sám,
 - h) informovat pojištěného o zániku Pojistného programu, ke kterému došlo na základě jednání pojištěného,
 - i) zaslat všem pojištěným v listinné podobě, případně i elektronicky, bezprostředně poté, co přistoupili k pojištění dle čl. 4 odst. 3 této smlouvy soubor dokumentů (Pojistné podmínky, Informace o pojistném programu (IPID), Informace o zpracování osobních údajů IZOU, Informaci o sjednání pojištění na dálku, marketingová brožura a průvodní list), týkajících se pojištění poskytovaného v rámci Pojistného programu (též jen „Pojistná dokumentace“).
 - j) zaslat všem pojištěným v listinné podobě Pojistný certifikát bezprostředně po sjednání pojištění.
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 anebo 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 či neúčinné novým ustanovením, které nejlépe odpovídá původně zamýšlenému účelu ustanovení neplatného či 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 může být vypovězena bez udání důvodu každou ze smluvních stran. Výpovědní doba činí 3 měsíce. Uplynutím výpovědní doby smlouva zaniká.
4. Tato smlouva dále zaniká dle ustanovení pojistných podmínek čl. VII odst. 5, bod III.
5. 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.
6. Ukončení či zánik jednotlivého nebo jednotlivých pojištění nemá vliv na účinnost této smlouvy ani na platnost a účinnost ostatních pojištění sjednaných dle této smlouvy.

Článek 10

Závěrečná ustanovení

1. Pojistník svým podpisem stvrzuje, že byl ještě před uzavřením smlouvy řádně informován v souladu s § 1811, § 1820 a § 2760 Občanského zákoníku a že se před uzavřením smlouvy plně seznámil s pojistnými podmínkami pojistitele.
2. V případě, že jednáním pojistníka v rozporu s jeho povinnostmi při nabízení skupinového pojištění dle zákona o distribuci vznikne pojistiteli újma, včetně uložené správní sankce, zavazuje se ji pojistník pojistiteli nahradit bez zbytečného odkladu po obdržení výzvy k úhradě. Pojistitel a pojistník se zavazují poskytovat si vzájemně součinnost nezbytnou k plnění povinností při nabízení možnosti stát se pojištěným dle § 4 zákona o distribuci a při prokazování jejich plnění orgánu dohledu.
3. V případě rozporu mezi ustanoveními této smlouvy a ustanoveními pojistných podmínek má přednost smlouva. Za rozpor se nepovažuje, pokud pojistné podmínky obsahují podrobnější úpravu, na kterou tato smlouva odkazuje.
4. Právní vztahy vzniklé z této smlouvy se řídí právním řádem České republiky a případné spory vzniklé z této pojistné smlouvy rozhodují obecné soudy České republiky.
5. Smluvní strany se dohodly, že podpisem této smlouvy oběma smluvními stranami se tato smlouva stává rovněž pojistkou ve smyslu Občanského zákoníku.
6. 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.
7. 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 onkologických onemocnění mZdraví -
1019SP/CZ

V Praze dne

Za mBank, S.A.

.....

Pawel Kucharski,
vedoucí odštěpného závodu

V Praze dne

Za AXA životní pojišťovna a.s.:

.....

Robert Gauci, předseda představenstva

.....

Frédéric Boulanger, člen představenstva

Pojistné podmínky pro skupinové pojištění onkologických onemocnění mZdraví - 1019SP/CZ

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 onkologických onemocnění mZdraví (balíček pro ženy, balíček pro muže) 1019SP/CZ (dále jen „pojistné podmínky“ nebo „PP“) a ujednání Skupinové pojistné smlouvy č. 5720000000. Pojistné podmínky jsou nedílnou součástí této Skupinové 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 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) a dále činnosti přímo vyplývající z povolené činnosti (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 Pernerova 691/42, 186 00 Praha IČ: 27 94 34 45 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 uzavřel s pojistníkem smlouvu o vedení účtu (dále jen „účet“) a tato smlouva je ke dni přistoupení k pojištění platná a účinná a
 - který přistoupil k pojištění (k Pojistnému programu) v rámci telemarketingové nabídky (v průběhu telefonického hovoru) v době platnosti pojistné smlouvy skupinového pojištění a vyslovil souhlas s tím, aby pojistník k tíži jeho účtu zřídil trvalý příkaz odpovídající výši a frekvenci plateb výši a frekvenci plateb pojistného za pojištění tohoto pojištěného,
- příčemž podmínkou vzniku pojištění je, že dojde k zaplacení první takové částky na účet pojistníka řádně a včas. Včasnou úhradou ve smyslu předchozí věty se rozumí připsání částky dle předchozí věty na účet pojistníka nejpozději k okamžiku splatnosti druhého měsíčního pojistného.
- pojištění – pojištění onkologických onemocnění - balíček pro ženy; pojištění onkologických onemocnění - balíček pro muže. Varianta sjednaného pojištění je uvedena v pojistném certifikátu.
 - pojistný program – pojištění jednotlivého pojištěného poskytované ve variantách dle pojistné smlouvy. Pojistný program je též nazýván jako „pojistný program mZdraví“ či jako „program mZdraví“ a je poskytován ve variantách Standard, Klasik, Premium,
 - oprávněná osoba – osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění;

- jiná příslušná osoba – osoba mající právní zájem na výplatě pojistného plnění (např. dědic, zástavní věřitel, postupník),
- vstupní věk – věk pojištěného stanovený jako rozdíl mezi kalendářním rokem počátku pojištění a kalendářním rokem narození pojištěného, vstupní věk pojištěného je 18-54 let,
- výstupní věk – maximální věk, po jehož dosažení už nemůže být pojištěný pojištěn pro daný tarif; Pojištění zaniká nejpozději koncem pojistného roku, ve kterém pojištěný dosáhne výstupního věku, tj. 60 let,
- pojistná smlouva – Skupinová pojistná smlouva č. 5720000000 uzavřená mezi pojistníkem a pojistitelem, dle které jsou pojištěni pojištěni a která stanoví podmínky jejich pojištění a jejíž nedílnou součástí jsou tyto pojistné podmínky
- skupinové pojištění – soubor pojištění, který 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; pojistná doba je vyjádřena v letech od počátku pojištění nebo dnem počátku a konce pojištění; pojistná doba začíná dnem počátku pojištění a končí dnem určeným jako konec pojištění nebo uplynutím příslušného počtu let pojistné doby, přičemž v takovém případě je konec pojištění den, který předchází dni, který se pojmenováním nebo číslem shoduje se dnem, na který připadá počátek pojištění (není-li takový den v měsíci, připadne konec lhůty na jeho poslední den),
- pojistné období – pravidelně se opakující časové období dohodnuté v pojistné smlouvě, za které se platí běžné pojistné, a které je vyjádřeno také pojmem „frekvence placení“,
- pojistný rok – období 12 po sobě jdoucích kalendářních měsíců začínající dnem počátku pojištění jednotlivého pojištěného, na která se dělí pojistná doba,
- pojistný certifikát – potvrzení pro pojištěného o vzniku pojištění vystavené pojistitelem,
- pojistná částka – částka sjednaná v pojistné smlouvě pro účely stanovení výše pojistného plnění,
- tarif – pojištění uvedené v těchto PP,
- pojistná událost – nahodilá událost blíže popsaná v pojistných podmínkách pro jednotlivé pojištění nebo v pojistné smlouvě, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění,
- pojistné plnění (dále také jen „plnění“) – peněžní plnění poskytnuté pojistitelem v případě vzniku pojistné události, která nastala v souladu s pojistnou smlouvou a pojistnými podmínkami,
- čekací doba - část pojistné doby, po kterou nevzniká pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi,
- obnosové pojištění - pojištění, které zavazuje pojistitele poskytnout v případě pojistné události jednorázové či opakované pojistné plnění ve sjednaném rozsahu,
- nemoc - změna fyzického anebo psychického zdraví, jejíž první příznaky nastaly po počátku pojištění (resp. po uplynutí čekací doby), a to bez ohledu na to, zda a kdy pojištěný vyhledal lékaře, resp. kdy byla nemoc diagnostikována.
- onkologická onemocnění – v pojistném programu Balíček pro ženy (tarif 791) se onkologickými onemocněními rozumí následující onemocnění – Rakovina vejcovodu, rakovina vaječníku, rakovina pochvy, rakovina vulvy, rakovina prsu, rakovina dělohy, rakovina děložního krčku.
- onkologická onemocnění – v pojistném programu Balíček pro muže (tarif 792) se onkologickými onemocněními rozumí následující onemocnění – Rakovina prostaty, rakovina varlete, rakovina nadvarlete, rakovina chámovodu, rakovina penisu, rakovina tlustého střeva a konečníku, rakovina slinivky břišní, rakovina průdušnice, průdušek a plic.

- rakovina - nemoc charakterizovaná přítomností zhoubného nádoru, pro který je příznačný výskyt nekontrolovaně rostoucích maligních buněk, šíření maligních buněk s následným napadnutím tkání. Diagnózu musí potvrdit specialista na základě výsledku konečného histologického vyšetření.

Pojistnou událostí nejsou následující typy rakoviny:

- jakékoli prekancerózy,
- všechny nádory, které jsou klasifikovány jako karcinom in situ nebo neinvazivní nádory nebo nádory s hraniční malignitou,
- rakovina prostaty I. stupně (T 1a, 1b, 1c), kromě nádorů, u nichž bylo při histologickém vyšetření zjištěno Gleasonovo skóre 6 a vyšší nebo prokázaná progresse minimálně na klinické stádium T2NOMO podle TNM klasifikace,
- zhoubný (maligní) melanom, stupeň IA (T1a N0 M0)
- jakýkoliv zhoubný (maligní) nádor při výskytu HIV (Kaposi sarkom).

Článek 3. Předmět pojištění

1. Pojistitel sjednává skupinové pojištění jako pojištění obnosové.
2. Pojistným nebezpečím je nemoc ve smyslu těchto pojistných podmínek.
3. Pro pojištění pro případ nemoci, které sjednává pojistitel, platí příslušná ustanovení zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění a tyto PP.
4. V rámci skupinového pojištění je možné za podmínek uvedených v těchto pojistných podmínkách sjednat:
 - 1) Balíček pro ženy (tarif 791A, tarif 791B)
 - pojištění pro případ onkologických onemocnění - s jednorázovým plněním (tarif 791A), -
 - pojištění pro případ onkologických onemocnění - s plněním formou měsíční renty (tarif 791B),
 - 2) Balíček pro muže (tarif 792A, tarif 792B)
 - pojištění pro případ onkologických onemocnění - s jednorázovým plněním (tarif 792A)
 - pojištění pro případ onkologických onemocnění - s plněním formou měsíční renty (tarif 792B),

Jednotlivé tarify (791 A a B, 792 A a B) nelze sjednat samostatně, pouze jako součást příslušného balíčku.
5. Typ sjednaného pojištění je uveden v pojistném certifikátu.

Článek 4. Podmínky přistoupení k pojištění

1. K pojištění může přistoupit osoba, která:
 - a) je fyzickou osobou ve věku 18 až 54 let,
 - b) není nepojistitelnou osobou dle čl. 5 pojistných podmínek, a
 - c) uzavřela s pojistníkem smlouvu o vedení účtu a tato smlouva je ke dni přistoupení k pojištění platná a účinná (dále též klient).
2. Potvrdí-li klient v průběhu jednání o přistoupení k pojištění, tj. v rámci telefonního hovoru, že splňuje podmínky dle odst. 1 a další podmínky, na jejichž splnění je dotázán, má se za to, že odpověděl pravdivě na dotazy pojistitele týkající se sjednávaného pojištění. Vyjde-li najevo, že klient pojistníka tyto podmínky při přihlášení k pojištění nesplňoval, pojištění takové osoby vůbec nevznikne.

Článek 5. Nepojistitelné osoby

1. Pojištění podle pojistné smlouvy a těchto pojistných podmínek nelze poskytnout nepojistitelným osobám, tj. takovéto osoby nemohou přistoupit k pojištění (nemohou pojištění platně sjednat) a nemohou se stát pojištěnými osobami; na nepojistitelné osoby se pojistná ochrana nevztahuje.
2. Nepojistitelnými osobami jsou osoby:
 - a) u kterých bylo před počátkem pojištění diagnostikována nebo léčena rakovina, leukémie nebo jiné nádory (i nezhoubné, např. cysty, myomy, nádory kůže),
 - b) které před počátkem pojištění podstoupily nebo podstupují léčbu zhoubných onkologických onemocnění,
 - c) kterým byla před počátkem pojištění diagnostikována hepatitida typu B a C, chronické onemocnění střeva, chronické onemocnění slinivky břišní,
 - d) trpící před počátkem pojištění cukrovkou jakéhokoliv typu, pokud vznikla před 30. rokem věku,
 - e) které již před počátkem pojištění kouří více než 30 cigaret denně,
 - f) které již před počátkem pojištění trpí obezitou 2. stupně (BMI nad 35),
 - g) kterým byl před počátkem pojištění přiznán invalidní důchod (plný i částečný, resp. pro invaliditu I.– III. stupně),
 - h) již před počátkem pojištění závislé na alkoholu a jiných návykových látkách,
 - i) které jsou v okamžiku přistoupení k pojištění v pracovní neschopnosti nebo v této době podstupují, nebo plánují podstoupit nebo jim byla doporučena nějaká léčba, lékařské vyšetření, či čekají na výsledky lékařských vyšetření,
 - j) osoby, které jsou před počátkem pojištění pojištěny na jakékoliv další pojistné smlouvě sjednané s pojistitelem a součet pojistných částek sjednaných pro dané riziko pro tyto pojištěné přesahuje maximum stanovené interními pravidly pojistitele.
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 takové osoby od počátku neplatné a neúčinné. Jakmile pojistitel tuto skutečnost zjistí, zašle pojistníkovi a pojištěnému oznámení o tom, že pojištění této 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 jednotlivého pojištěného poskytnuta.

Článek 6. Pojistné a úhrada za pojištění

1. Pojistné hradí pojistník, a to dle podmínek Skupinové pojistné smlouvy.
2. Pojistník přenáší náklady vynaložené na pojistné za každé jednotlivé pojištění na pojištěného ve formě úhrady za pojištění, která je účtována k tíži účtu pojištěného vedeného u pojistníka. Pojistník provádí výběr úhrady za pojištění z účtu pojištěného měsíčně formou trvalého příkazu, s jehož zřízením udělil pojištěný souhlas při přistoupení k pojištění.

Článek 7. Vznik, trvání, zánik a změny pojištění

1. Počátek pojištění je stanoven na 00.01 hodin dne následujícího po přistoupení do pojištění (v rámci telemarketingové nabídky) za předpokladu, že dojde ke sjednání pojištění dle odst. 2 tohoto článku.
2. Pojištění je sjednáno dnem, kdy došlo k připsání úhrady za pojištění na účet pojistníka.

3. První pojistné období pojištění jednotlivého pojištěného začíná dnem, který je uveden v pojistném certifikátu. První pojistné období začíná prvním dnem druhého kalendářního měsíce následujícím po měsíci, ve kterém nastal počátek pojištění jednotlivého pojištěného (např. pokud se klient pojistníka přihlásí do pojištění 15.12.2019, počátek pojištění nastane 16.12.2019 a první pojistné období začíná plynout 1.2.2020).
4. Pojištění jednotlivého pojištěného se sjednává na dobu neurčitou. Pojistné období je 1 měsíc. Pojištění nemůže být přerušeno.
5. Pojištění jednotlivého pojištěného, není-li uvedeno jinak, zaniká k té z následujících událostí, která nastane první:

I. Pojištění zaniká z objektivních důvodů:

- a) posledním dnem pojistného období, ve kterém zanikla z jakéhokoliv důvodu smlouva o vedení účtu pojištěného s pojistníkem,
- b) dnem smrti pojištěného,
- c) posledním dnem pojistného roku, ve kterém pojištěný dosáhl věku 60 let,
- d) ke konci pojistného období, ve kterém došlo k zániku skupinové pojistné smlouvy,
- e) dnem, ve kterém pojistitel obdržel písemné oznámení pojištěného o odvolání souhlasu ke zjišťování zdravotního stavu a příčiny smrti,
- f) posledním dnem pojistného období, ve kterém pojištěný zrušil souhlas s trvalým příkazem,
- g) 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,
- h) nezaplacením úhrady za pojištění za 3 po sobě následující pojistná období po prvním pojistném období nejpozději do konce takového třetího pojistného období; v takovém případě zaniká pojištění jednotlivého pojištěného k poslednímu dni pojistného období, za které byla úhrada za pojištění zaplacená,
- i) výplatou pojistného plnění dle čl. 8 odst. 3 těchto pojistných podmínek.

II. Pojištění zaniká právním jednáním pojištěného:

- a) odstoupením pojištěného od pojištění ve lhůtě 30 dnů ode dne, kdy byl pojištěný informován, že sjednal pojištění, tj. ode dne, kdy mu byl doručen certifikát o pojištění nebo ode dne sjednání pojištění, pokud mu nebyl certifikát doručen,
- b) odstoupením pojištěného od pojištění ve lhůtě 2 měsíců ode dne, kdy pojištěný zjistil nebo mohl zjistit porušení povinnosti upozornit jej na nesrovnalosti mezi nabízeným pojištěným a jeho požadavky, kterých si musel být pojistitel vědom, anebo povinnosti pojistitele pravdivě a úplně odpovědět na písemné dotazy pojištěného týkající se pojištění,
- c) odstoupením pojištěného od pojištění ve lhůtě 3 měsíců ode dne, kdy se pojištěný dověděl nebo mohl dovědět, že mu byly v souvislosti s přistoupením k pojištění poskytnuty klamavé údaje,
- d) vypovědí pojištění bez nutnosti udání důvodu, a to kdykoliv v průběhu jeho trvání. Pojištění zaniká uplynutím pojistného období, které následuje po pojistném období, ve kterém byla výpověď pojištění učiněna.

Pojištěný může právní jednání shora uvedená učinit telefonicky prostřednictvím určené telefonické linky pojistitele nebo písemně na adresu sídla pojistitele.

III. Pojištění zaniká jednostranným právním jednáním pojistníka nebo pojistitele:

- a) odmítnutím pojistného plnění pojistitelem z důvodu uvedených v Občanském zákoníku,
 - b) odstoupením od pojištění pojistitelem z důvodu zaviněného porušení povinnosti k pravdivým sdělením při sjednání nebo změně pojištění ze strany pojištěného ve lhůtě dvou měsíců ode dne, kdy pojistitel zjistil nebo musel zjistit porušení této povinnosti,
 - c) projevením nesouhlasu pojistníka s úpravou výše pojistného nebo absencí vůle ze strany pojistníka k dohodě o úpravě pojistného dle Skupinové pojistné smlouvy, a to uplynutím pojistného období, ve kterém pojistník projevilsouhlas, nebo ve kterém uplynula výše uvedená lhůta k uzavření dohody. V případech, kdy se uplatní toto ustanovení, zanikají všechna pojištění sjednaná dle Skupinové pojistné smlouvy a také Skupinová pojistná smlouva,
 - d) opomenutím pojistníka zaplatit pojistné, s jehož úhradou je v prodlení, v dodatečné lhůtě, kterou mu za tímto účelem pojistitel stanovil. Pojištění v takovém případě zaniká uplynutím pojistného období, za které bylo pojistné uhrazeno. Je-li pojistník v prodlení s úhradou pojistného za všechna pojištění, zanikají tímto způsobem všechna pojištění a také Skupinová pojistná smlouva.
6. Pojištěný je oprávněn změnit variantu Pojistného programu jedenkrát za 12 po sobě jdoucích měsíců na základě telefonické žádosti na určené telefonické lince pojistitele formou nahrávaného hovoru. Změna Pojistného programu je účinná počínaje následujícím pojistným obdobím po datu doručení/obdržení takovéto žádosti pojistitelem.
7. Pojištění onkologických onemocnění se považují za životní pojištění ve smyslu § 2833 občanského zákoníku (mimo jiné to znamená, že pojistitel nemůže pojištění vypovědět podle § 2805 písm. b) a § 2807 občanského zákoníku).
8. Smluvní strany mají právo upravit výši úhrady za pojištění, a to za podmínek uvedených ve Skupinové pojistné smlouvě. V takovém případě je Pojistník povinen o úpravě výše úhrady pojištěného informovat dva měsíce přede dnem splatnosti úhrady za pojištění za pojistné období, ve kterém se má výše úhrady za pojištění změnit.

Článek 8. Pojistná událost, pojistné plnění

Pojištění onkologických onemocnění mZdraví

1. Tarify 791, 792 jsou pojištěním pro případ onkologických onemocnění. Pojistným nebezpečím je možnost vzniku onkologického onemocnění uvedeného v pojistné smlouvě u pojištěného.
2. Pojistnou událostí je diagnostikování některého z onkologických onemocnění uvedených v článku 2. Výklad pojmu těchto PP a současně jsou splněny následující podmínky:
 - a) první návštěva lékaře z důvodu projevujících se příznaků rakoviny se uskuteční po uplynutí čekací doby,
 - b) rakovina je diagnostikována v době trvání pojištění, nejdříve však po uplynutí čekací doby.
3. Dnem vzniku pojistné události je den prvního stanovení diagnózy, která splňuje podmínky definice pojistné události.
4. Pojistitel vyplatí v případě pojistné události:
 - a) jednorázové plnění ve výši 100 % sjednané pojistné částky, avšak pouze v případě, že se pojištěný dožije 30. kalendářního dne od stanovení diagnózy, a
 - b) plnění formou měsíční renty ve výši 100 % sjednané pojistné částky. Renta je vyplácena po

dobu 12 měsíců ode dne stanovení diagnózy za předpokladu, že je pojištěný naživu. Úmrtím pojištěného nárok na výplatu renty zaniká.

5. V případě, že dojde k výplatě měsíční renty po dni úmrtí pojištěného nebo po dni jeho prohlášení za mrtvého, má pojistitel právo na vrácení takto vyplacených částek.
6. Nárok na plnění vzniká pouze u pojistné události, která nastala po uplynutí čekací doby.
7. Čekací doba se počítá od počátku pojištění a její délka je 3 měsíce.
8. Při změně pojistné smlouvy z důvodu změny varianty pojistného programu, kdy dojde k navýšení pojistné částky, se u navýšené části pojistné částky počítá čekací doba od data účinnosti změny pojistného programu dle výše uvedených pravidel.
9. Z důvodu změny zdravotního stavu v průběhu trvání pojištění není pojistitel oprávněn pojištění pro případ onkologických onemocnění vypovědět.

Článek 9. Omezení plnění a výluky

1. Pojistitel neposkytuje plnění za pojistné události, které nastaly v přímé nebo nepřímé souvislosti s válečnými událostmi, invazí, vnitřními nepokoji nebo jadernou katastrofou 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 v souvislosti s terorismem i mimo území České republiky a oprávněná osoba prokáže, že se pojištěný na těchto událostech aktivně nepodílel na straně organizátorů nepokojů nebo teroristů.
 2. Toto pojištění se nevztahuje na rakovinu, která byla způsobena:
 - a) energetickými paprsky se silou 100 elektronvoltů, neutronovou energií, laserovými paprsky nebo uměle vytvořenými ultrafialovými paprsky. Tato výlučka neplatí na případy, pokud bude nutné ozařování za účelem léčby onemocnění aplikované lékařem nebo pod lékařským dohledem,
 - b) vlivem ionizujících paprsků,
 - c) vrozeným onemocněním,
 - d) sexuálně přenosnými nemocemi,Z pojistné ochrany jsou vyloučena onemocnění nebo poruchy zdraví, které nastaly nebo byly diagnostikovány před počátkem pojištění.
-

3. Pojistitel má právo odmítnout poskytnutí plnění, byla-li příčinou pojistné události skutečnost:
 - a) o které se dozvěděl až po vzniku pojistné události,
 - b) kterou při sjednávání pojištění nebo jeho změny nemohl zjistit v důsledku zaviněného porušení povinnosti stanovené v § 2788 a
 - c) pokud by při znalosti této skutečnosti při uzavírání smlouvy tuto smlouvu neuzavřel nebo pokud by ji uzavřel za jiných podmínek.
4. Pojištěný nemá právo na plnění, jestliže pojistnou událost způsobil úmyslně sám nebo z jeho podnětu jiná osoba.
5. Pojistitel neposkytuje pojistné plnění v případě, kdy obdrží písemné oznámení pojištěného o odvolání souhlasu se zjišťováním jeho zdravotního stavu.

Článek 10. Povinnosti pojištěného

1. Pojištěný je povinen:

- a) Pravdivě a úplně odpovědět na všechny písemné dotazy pojistitele týkající 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, 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 na 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 uděluje pojistiteli nebo jím pověřené osobě souhlas s poskytnutím údajů o zdravotním stavu, se zjišťováním zdravotního stavu nebo příčiny smrti a dalších citlivých údajů (např. biometrický nebo genetický údaj) a jejich zpracováním. Pojištěný dále souhlasí s nahlédnutím pojistitele do jeho zdravotnické dokumentace za účelem zjišťování jeho zdravotního stavu nebo příčiny smrti. Tento souhlas poskytuje pojistiteli za účelem zjištění jeho zdravotního stavu nebo příčiny smrti, jsou-li pro to důvody související se stanovením výše pojistného rizika, výše pojistného a šetřením pojistné události. Tento souhlas uděluje na celou dobu existence vzájemných závazků vyplývajících nebo souvisejících s pojištěním. Tento souhlas uděluje pojištěný i zpracovatelům, se kterými pojistitel uzavřel smlouvu o zpracování osobních údajů a rovněž zajistitelům. Uvedený souhlas je pojištěný povinen poskytnout pojistiteli rovněž v písemné podobě podpisem formuláře Oznámení o pojistné události, ve kterém je tento souhlas obsažen.
2. Pojištěný je povinen na vyžádání pojistitele kdykoliv bez zbytečného odkladu poskytnout v písemné podobě uvedený souhlas s poskytnutím údajů o zdravotním stavu, se zjišťováním zdravotního stavu nebo příčiny smrti a dalších citlivých údajů (např. biometrický nebo genetický údaj) a jejich zpracováním a s nahlédnutím pojistitele do jeho zdravotnické dokumentace za účelem zjišťování jeho zdravotního stavu nebo příčiny smrti.
3. Pojištění vzniká za podmínky souhlasu pojištěného s poskytnutím údajů o zdravotním stavu, se zjišťováním zdravotního stavu, příčiny smrti a dalších citlivých údajů. Jestliže pojištěný tento souhlas neudělí nebo odvolá, pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění.

Článek 11. Forma právního jednání a doručování

1. Právní jednání týkající se pojištění a směřující ke změně nebo zániku jednotlivého 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. 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 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 při přistoupení k pojištění. Je-li písemnost určena pojistníkovi, doručuje se na adresu sídla pojistníka.

4. Nebyl-li adresát zastižen, bude písemnost uložena u držitele poštovní licence. Nevyzvedne-li si adresát písemnost do 15 kalendářních dnů ode dne jejího uložení, poslední den této lhůty se považuje za den doručení, i když se adresát o uložení nedozvěděl.
5. Bylo-li přijetí písemnosti adresátem odmítnuto, považuje se písemnost za doručenu dnem odmítnutí přijetí.
6. 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.
7. Veškerá právní jednání a oznámení týkající se pojištění musí být učiněna v českém jazyce.

Článek 12. 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 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, resp. České obchodní inspekci. Návrh na zahájení řízení před Finančním arbitrem 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.; návrh na zahájení řízení u České obchodní inspekce lze podat prostřednictvím internetových stránek www.coi.cz.
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 1.12.2019.

Skupinové pojištění

Informační dokument o pojistném produktu



Společnost: AXA životní pojišťovna a.s.,
se sídlem v České republice
a vykonávající pojišťovací
činnost na základě povolení
vydaného ČNB

Produkt: mZdraví

**Pojištění pro případ
onkologických onemocnění
– Balíček pro ženy/Balíček pro muže**

Úplné předmluvní a smluvní informace o produktu jsou uvedeny v těchto dokumentech: ve Skupinové pojistné smlouvě č. 5720000000 (dále jen „Skupinová pojistná smlouva“) a v Pojistných podmínkách pro skupinové pojištění onkologických onemocnění mZdraví - 1019SP/CZ (dále jen „PP“).

O jaký druh pojištění se jedná?

Pojištění mZdraví poskytuje pojistné krytí pro případ uvedených onkologických onemocnění.

Pojištění je poskytováno formou skupinového pojištění, ve kterém pojistník uzavírá skupinovou pojistnou smlouvu s pojistitelem a pojištěný přistupuje k této smlouvě.

Pojištěný je klient pojistníka, tedy osoba, která má s klientem uzavřenou platnou smlouvu o vedení účtu a která přistoupila k pojištění v souladu se skupinovou pojistnou smlouvou.

Pojištění pro případ onkologického onemocnění – Balíček pro ženy (tarif 791), Balíček pro muže (tarif 792) poskytuje pojistnou ochranu v případě vzniku takového typu rakoviny, který je uveden v PP.

Rakovinou se pro účely tohoto pojištění rozumí nemoc, která je charakterizována přítomností zhoubného nádoru, pro který je příznačný výskyt nekontrolovaně rostoucích maligních buněk a šíření maligních buněk s následným napadnutím tkání.



Co je předmětem pojištění?

- ✓ Pojištění pro případ onkologického onemocnění – Balíček pro ženy (tarif 791) poskytuje pojistnou ochranu v případě vzniku následujících onemocnění – rakovina vejcovodu, rakovina vaječnicku, rakovina pochvy, rakovina vulvy, rakovina prsu, rakovina dělohy, rakovina děložního čípku.
- ✓ Pojištění pro případ onkologického onemocnění – Balíček pro muže (tarif 792) poskytuje pojistnou ochranu v případě vzniku následujících onemocnění – rakovina prostaty, rakovina varlat, rakovina nadvarlat, rakovina chámovodu, rakovina penisu, rakovina tlustého střeva a konečníku, rakovina slinivky břišní, rakovina průdušnice, průdušky a plic.

Jaké je pojistné plnění?

Pojistné plnění se sjednává pro každý ze dvou balíčků ve dvou formách, a to jako jednorázové pojistné plnění ve výši 100 % pojistné částky sjednané pro daný tarif a v dané variantě pojistného programu, které je vypláceno pojištěnému v případě stanovení diagnózy některého z onemocnění ve smyslu PP za předpokladu, že se pojištěný dožije 30. kalendářního dne po stanovení diagnózy, a dále jako opakované pojistné plnění ve formě měsíční renty ve výši 100 % pojistné částky sjednané pro daný tarif a v dané variantě pojistného programu. Renta je vyplácena po dobu 12 měsíců od stanovení diagnózy za předpokladu, že je pojištěný naživu.



Na co se pojištění nevztahuje?

Pojištění se nevztahuje na onkologická onemocnění, které jsou diagnostikována osobě, která je v čl. 5. PP pojistných podmínek definovaná jako „nepojistitelná osoba“.

Pojištění se nevztahuje na následující typy rakoviny:

- ✗ jakékoli prekancerózy,
- ✗ všechny nádory, které jsou klasifikovány jako karcinom in situ nebo neinvazivní nádory nebo nádory s hraniční malignitou,
- ✗ rakovina prostaty I. stupně (T 1a, 1b, 1c), kromě nádorů, u nichž bylo při histologickém vyšetření zjištěno Gleasonovo skóre 6 a vyšší nebo prokázána progresse minimálně na klinické stádium T2NOMO podle TNM klasifikace,
- ✗ zhoubný (maligní) melanom, stupeň IA (T1a N0 M0),
- ✗ jakýkoliv zhoubný (maligní) nádor při výskytu HIV (Kaposi sarkom).



Existují nějaká omezení v pojistném krytí?

Pojištění se nevztahuje na rakovinu, která byla způsobena:

- energetickými paprsky se silou 100 elektronvoltů, neutronovou energií, laserovými paprsky nebo uměle vytvořenými ultrafialovými paprsky. Tato výluka neplatí v případě, kdy je ozařování prováděno z léčebných důvodů lékařem nebo pod lékařským dohledem,
- vlivem ionizujících paprsků,
- vrozeným onemocněním,
- sexuálně přenosnými nemocemi,

Pojištění se také nevztahuje:

- ! na onemocnění nebo poruchy zdraví, které nastaly nebo byly diagnostikovány před počátkem pojištění,
- ! na pojistné události, které nastaly v přímé nebo nepřímé souvislosti s válečnými událostmi, invazí, vnitřními nepokoji nebo jadernou katastrofou, anebo při plnění služebních úkolů vojáků při zahraničních misích.

Upozornění: Úplný seznam omezení a výluk naleznete v čl. 9. PP.



Kde se na mne vztahuje pojistné krytí?

- ✓ Územní platnost pojištění není omezena.



Jaké mám povinnosti?

Povinnosti před přistoupením k pojištění

- Během telefonického hovoru před přistoupením k pojištění a při zkoumání podmínek přistoupení k pojištění v rámci telefonického hovoru věnujte náležitou pozornost tomu, abyste na položené otázky odpověděl/a pravdivě a úplně. V případě nepravdivé odpovědi týkající se splnění podmínek pro přistoupení k pojištění Vám hrozí odmítnutí poskytnutí pojistného plnění nebo zrušení Vašeho pojištění od počátku. Za odpovědi na otázky pojistitele se považují i prohlášení pojištěného o splnění podmínek pro přistoupení do pojištění.
- V souvislosti s tímto produktem je poskytnutí pojistného plnění nejčastěji odmítáno z důvodu, že spotřebitel uvedl nepravdivé informace o tom, že splňuje následující podmínky: nepatří mezi nepojistitelné osoby podle Čl.5 PP.
- Před přistoupením k pojištění nebo před zaplacením úhrady za pojištění se prosím pečlivě seznamte s veškerou smluvní a předmluvní dokumentací, kterou Vám pojistník nebo pojistitel poskytl.
- Toto pojištění je dobrovolné a nejste povinen k tomuto pojištění přistoupit.

Povinnosti v průběhu pojištění

- Platit úhradu za pojištění.
- Oznámit pojistiteli veškeré změny týkající se kontaktních a osobních údajů.

Povinnosti v případě vzniku pojistné události

- Bez zbytečného odkladu po dožití se 30. kalendářního dne po stanovení diagnózy oznámit pojistnou událost pojistiteli na formuláři pojistitele nebo online a vždy přiložit lékařskou zprávu udávající přesnou diagnózu, včetně všech lékařských zpráv a dokumentů o nemoci a Vašem předchozím zdravotním stavu.



Kdy a jak provádět platby?

Úhradu za pojištění platíte měsíčně za každý měsíc trvání pojištění formou trvalého příkazu, k jehož nastavení udělujete souhlas při přistoupení k pojištění. Úhrada za pojištění je přepisována na účet pojistníka, který platí pojistiteli pojistné.



Kdy pojistné krytí začíná a kdy končí?

Pojišťovna poskytuje pojistnou ochranu po celou dobu trvání pojištění **od 0.01 hod. dne uvedeného v Certifikátu jako počátek pojištění, až do jeho zániku**. Pojištění se sjednává na dobu neurčitou.

Pojištění **jednotlivého pojištěného zaniká zánikem smlouvy o účtu, zánikem skupinové pojistné smlouvy, nejpozději uplynutím pojistného roku, ve kterém pojištěný dosáhne věku 60 let nebo z důvodu smrti pojištěného**, podle toho, který z uvedených důvodů nastal dříve.

Jednotlivé pojištění je možno ukončit i jiným způsobem uvedeným v oddílu „**Jak mohu smlouvu vypovědět?**“.



Jak mohu smlouvu vypovědět?

S ohledem na povahu skupinového pojištění, nejste jako pojištěný oprávněn vypovědět pojistnou smlouvu, jste však oprávněn ukončit své pojištění.

O ukončení Vašeho pojištění můžete požádat přímo pojistitele, a to písemně nebo telefonicky na určenou telefonickou linku pojistitele 800 213 223. Podrobnější možnosti ukončení pojištění jsou uvedeny v PP.

Jiné způsoby ukončení smlouvy

Pojištění jednotlivých pojištěných může zaniknout i jinými způsoby v souladu s článkem 7. PP: odstoupením pojistitele od pojištění, odmítnutím pojistného plnění, odvoláním souhlasu pojištěného ke zjišťování zdravotního stavu a příčin smrti, neplacením pojistného, zrušením trvalého platebního příkazu k zaplacení úhrady za pojištění a odstoupením.

Ukončení nebo zánik jednotlivého pojištění nemá vliv na účinnost skupinové pojistné smlouvy ani na trvání dalších pojištění, která vznikla na základě této smlouvy. V případě zániku jednotlivého pojištění zanikají automaticky všechna pojištění příslušného jednotlivého pojištěného v rámci sjednaného balíčku.

Zánikem skupinové pojistné smlouvy zanikají všechna pojištění, která na základě ní byla sjednána.