



# ZAŘAZENÍ ZÁKAZNÍKA DO POJISTNÉHO PROGRAMU

Provident Financial, s. r. o., IČO: 25621351, DIČ: CZ25621351, Sídlo: Praha 4, Olbrachtova 9/2006, PSČ 140 00  
tel. číslo: 800 660 666, www.provident.cz, e-mail: zakaznický.servis@provident.cz  
zapsaná v obchodním rejstříku Městského soudu v Praze, oddíl C, vložka 55523

## Osobní údaje Zákazníka:

Jméno a příjmení: ..... RČ: ..... č. Smlouvy o zápůjčce .....

**Podpisem tohoto formuláře – Zařazení zákazníka do Pojistného programu** (dále jen „dokument“), **přistupuji ke Skupinové pojistné smlouvě č. 400.023** ze dne 8. 2. 2019, kterou **Provident Financial, s. r. o.**, se sídlem Olbrachtova 2006/9, Krč, 140 00 Praha 4, IČO: 25621351 (dále jen „Provident“), sjednal jako pojistník s **MetLife Europe d.a.c.**, irská společnost s reg. č. 415123, se sídlem 20 on Hatch, Lower Hatch Street, Dublin 2, Irsko, podnikající v ČR prostřednictvím **MetLife Europe d.a.c., pobočka pro Českou republiku**, IČO: 03926206, zapsanou v OR vedeném MS v Praze pod sp. zn. A77032, se sídlem Purkyňova 2121/3, 110 00 Praha 1 (dále jen jako „Pojišťovna“, dále jen „SPS“) **a) pro své Zákazníky** v rozsahu (i) životní pojištění pro případ smrti následkem úrazu nebo nemoci, (ii) neživotní pojištění pro případ zlomenin v důsledku úrazu, a pro případ pracovní neschopnosti následkem úrazu nebo nemoci a **b) pro své Zákazníky a jejich děti** v rozsahu (i) neživotní pojištění pro případ hospitalizace a následné rekonvalescence v důsledku úrazu nebo nemoci (dále jen „Pojistný program“ nebo „Pojištění“).

## Poskytnutí informací Zákazníkem a doporučení:

**K Pojištění přistupuji** z důvodu zlepšení mé finanční situace a snížení rizika v případě, že nastane některá z pojistných událostí, tj. pro zlepšení mé schopnosti plnit závazky vůči Provident ze Smlouvy o zápůjčce, kterou jsem s Provident uzavřel. Tato odpovídající pojistná ochrana, tj. Pojištění mi bylo z tohoto důvodu doporučeno. Jsem si vědom, že nejsem pojistníkem, v důsledku čehož nemohu měnit či vypovědět SPS, a že s Provident mohu sjednat Smlouvu o zápůjčce samostatně bez Pojištění, avšak Pojištění nemohu sjednat bez uzavření Smlouvy o zápůjčce.

## Prohlašuji, že

- v den přistoupení k Pojištění, tj. v den podpisu tohoto dokumentu jsem ve věku mezi 18 až 79 lety a že nejsem invalidní v I., II., nebo III. stupni invalidity a beru na vědomí, že nejsou-li splněny tyto podmínky, nemohu být do Pojistného programu zařazen a Pojištění vůbec nevznikne,
- mi byl v dostatečném předstihu před přistoupením k Pojištění, tj. před podpisem tohoto dokumentu, poskytnut samostatný dokument v listinné podobě, která je pro mě snadno čitelná - „Informace o pojištění“, obsahující informace o pojištění dle ust. § 82, 83 písm. a) – c), 84, 85, 87 a dále § 93 zákona č. 170/2018 Sb., o distribuci pojištění a zajištění, včetně podmínek pojištění, jeho rozsahu, počátku v 0.01 hodin dne následujícího po podpisu tohoto dokumentu, jeho konce, výluk a mých povinností. S obsahem tohoto dokumentu jsem se seznámil a plně mu porozuměl,
- beru na vědomí výši pojistného 30,- Kč u Smlouvy o zápůjčce s týdenní splatností splátky zápůjčky, a to za každý týden trvání Pojištění, resp. 129,- Kč u Smlouvy o zápůjčce se sjednanou měsíční splatností za každý měsíc Pojištění,
- jsem byl před přistoupením k Pojištění, tj. před podpisem tohoto dokumentu, seznámen s SPS, tímto dokumentem a příslušnými pojistnými podmínkami a jsem srozuměn s podmínkami a rozsahem Pojištění; SPS, pojistné podmínky a dokument Informace o pojištění jsou mi přístupny na [www.provident.cz](http://www.provident.cz) v sekci „Dokumenty ke stažení“, a mohu si od Provident po dobu trvání Pojištění vyžádat jejich tištěnou podobu.

Výslovně souhlasím, že **oprávněnou osobou**, které v důsledku pojistné události dle SPS vznikne právo na pojistné plnění je Provident, a to do výše mého splatného závazku ze Smlouvy o zápůjčce, ze které jsem přistoupil k Pojištění, vyčísleného Provident ke dni ukončení šetření pojistné události dle SPS, a že případná zbývající část pojistného plnění bude vyplacena Pojišťovnou mně.

Výslovně souhlasím, že obmyšlenou osobou, které v případě pojistné události následkem Úrazu nebo nemoci vznikne právo na pojistné plnění dle SPS je Provident, a to do výše mého splatného závazku ze Smlouvy o zápůjčce, ze které jsem přistoupil k Pojištění, vyčísleného Provident ke dni ukončení šetření pojistné události dle SPS, a že případná zbývající část pojistného plnění bude vyplacena Pojišťovnou osobě dle § 2831 obč. zákoníku.

| ZDRAVOTNÍ PROHLÁŠENÍ   |      |   |
|--|------|---|
| <input type="checkbox"/> Prohlašuji, že v současné době nejsem v pravidelné lékařské péči či pod pravidelným lékařským dohledem v důsledku zjištěného chronického onemocnění s trvalým užíváním léků.  |      |   |
| <b>UPOZORNĚNÍ:</b> V případě, že s ohledem na skutečný stav toto pole nezaškrtnu, jsem dle SPS pojištěn jen pro případ smrti následkem Úrazu, Zlomeniny následkem Úrazu, Pracovní neschopnosti následkem Úrazu a Hospitalizace a následné rekonvalescence následkem Úrazu. <b>V tomtéž rozsahu jsem pojištěn, pokud toto pole zaškrtnu nepravdivě.</b> |      |   |
| A. Nové zařazení do pojištění  | NEBO | B. Refinancovaná pojištěná zápůjčka   |
| <input type="checkbox"/> Prohlašuji, že v současné době nejsem v pracovní neschopnosti.  |      | <input type="checkbox"/> Prohlašuji, že v současné době jsem v pracovní neschopnosti a uzavírám Smlouvu o zápůjčce za účelem refinancování.   |
| <b>UPOZORNĚNÍ:</b> V případě, že s ohledem na skutečný stav toto pole nezaškrtnu, jsem dle SPS pojištěn jen pro případ smrti následkem Úrazu, Zlomeniny následkem Úrazu, Pracovní neschopnosti následkem Úrazu a Hospitalizace a následné rekonvalescence následkem Úrazu. <b>V tomtéž rozsahu jsem pojištěn, pokud toto pole zaškrtnu nepravdivě.</b> |      | <b>UPOZORNĚNÍ:</b> V případě, že zaškrtnu toto pole, pak Pracovní neschopnost v době uzavření Smlouvy o zápůjčce uzavírané za účelem refinancování neomezí ani plnění z Pojištění, ze Smlouvy o zápůjčce, kterou nahrazuji Smlouvou o zápůjčce uzavíranou za účelem refinancování. To platí pouze v případě, že jsem byl na základě Smlouvy o zápůjčce, která byla nahrazena Smlouvou o zápůjčce uzavíranou za účelem refinancování, pojištěn s plným krytím. |

Ve smyslu nařízení EU č. 2016/679, obecné nařízení o ochraně osobních údajů (dále jen „GDPR“) souhlasím, že mé výše uvedené osobní údaje budou předány Pojišťovně, jako správci osobních údajů, která je bude zpracovávat z důvodu plnění SPS, pro účely oprávněných zájmů Pojišťovny a z důvodu plnění právní povinnosti nebo na základě nezbytnosti pro určení, obhajobu a výkon práv a právních nároků. Před podpisem tohoto dokumentu jsem byl upozorněn na informace o zpracování osobních údajů Pojišťovnou a o mých souvisejících právech, a to dokumentem „Oznámení o zpracování a ochraně osobních údajů“. Tyto informace jsou mi kdykoli dostupné na [www.metlife.cz](http://www.metlife.cz), sekce „Kontaktujte nás“.

Ve smyslu § 2828 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku souhlasím, aby Pojišťovna požadovala údaje o mém zdravotním stavu, zjišťovala můj zdravotní stav nebo příčiny smrti, vše za účelem šetření pojistné události.

V ..... dne .....

Podpis pojištěného Zákazníka

za Provident Financial s.r.o. (jméno, příjmení, podpis)