



ZAŘAZENÍ A PŘISTOUPENÍ ZÁKAZNÍKA DO POJISTNÉHO PROGRAMU

CZ 842/05 – platnost verze od 31. 1. 2024

Provident Financial, s. r. o., IČO: 25621351, DIČ: CZ25621351, Sídlo: Olbrachtova 2006/9, 140 00 Praha 4
Telefonní číslo: 222 513 513, www.provident.cz, e-mail: zakaznický.servis@provident.cz
Společnost zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, v oddílu C, vložce 55523

Osobní údaje Zákazníka:

Jméno a příjmení: RČ:

č. Smlouvy o spotřebitelském úvěru

A) Podpisem tohoto formuláře – Zařazení a přistoupení zákazníka do Pojistného programu (dále jen „Dokument“) a zaškrtnutím (volbou) jedné z níže uvedených variant pojištění, přistupuji ke Skupinové pojistné smlouvě č. 400.026 ze dne 1. 6. 2022 ve znění Dodatku č. 1, kterou Provident Financial s.r.o., se sídlem Olbrachtova 2006/9, 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 ML“, dále jen „SPS MetLife“ nebo „Pojistný program ML“ nebo „Pojištění ML“);

B) Podpisem tohoto Dokumentu a zaškrtnutím (volbou) jedné z níže uvedených variant Provi pojištění ZÁKLAD, nebo Provi pojištění PLUS, nebo Provi pojištění RODINA, nebo Provi pojištění SENIOR, přistupuji ke Skupinové pojistné smlouvě č. 10786/86359 ze dne 1. 9. 2023, jejíž nedílnou součástí tvoří Pojistné podmínky Pojištění zdravotní asistence Provident ze dne 1. 9. 2023 (dále společně jako „SPS AA“), kterou Provident sjednal jako pojistník s INTER PARTNER ASSISTANCE, S. A., člen skupiny AXA, se sídlem Boulevard du Régent, 1000, Brusel, Belgie, zapsaný v obchodním registru vedeném Greffe de Tribunal de commerce de Bruxelles pod registračním číslem 04155911055, jednající na území České republiky prostřednictvím INTER PARTNER ASSISTANCE, organizační složky, se sídlem Hvězdova 1689/2a, 140 62, Praha 4, IČO: 28225616, zapsané v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze pod spisovou značkou A59647 (dále jen „Pojišťovna AA“ nebo „Pojistný program AA“ nebo „Pojištění AA“). Přistoupením k SPS AA se zavazují hradit v SPS AA stanovenou úplatu za pojištění a v případě, že nastane nahodilá událost krytá pojištěním (pojistná událost), jsem jako pojištěný (či jiná definovaná oprávněná osoba) za podmínek a v rozsahu uvedeném v SPS AA oprávněn čerpat pojistné plnění. Konkrétně souhlasím s úhradou pravidelné měsíční nebo týdenní úplaty za pojištění ve výši dle zvolené varianty pojištění.

ROZSAH POJIŠTĚNÍ (zaškrtněte jednu z variant):

PROVI POJIŠTĚNÍ ZÁKLAD, tj. pojištění schopnosti Zákazníka splácet v rozsahu: (i) životní pojištění pro případ smrti následkem úrazu nebo nemoci Zákazníka, (ii) neživotní pojištění pro případ zlomenin v důsledku úrazu Zákazníka a jeho dětí, neživotní pojištění pro případ pracovní neschopnosti následkem úrazu nebo nemoci Zákazníka a neživotní pojištění pro případ hospitalizace a následné rekonvalescence v důsledku úrazu nebo nemoci Zákazníka a jeho dětí; vše dle podmínek SPS MetLife;

PROVI POJIŠTĚNÍ PLUS, tj. pojištění schopnosti Zákazníka splácet v rozsahu: (i) životní Pojištění ML pro případ smrti následkem úrazu nebo nemoci Zákazníka, (ii) neživotní Pojištění ML pro případ zlomenin v důsledku úrazu Zákazníka a jeho dětí, neživotní pojištění pro případ pracovní neschopnosti následkem úrazu nebo nemoci Zákazníka, neživotní pojištění pro případ hospitalizace a následné rekonvalescence v důsledku úrazu nebo nemoci Zákazníka a jeho dětí a závažného onemocnění Zákazníka, vše dle podmínek SPS MetLife; a dále ve spojení s (iii) neživotním Pojištěním AA rizika vynaložení nákladů v souvislosti s pojistnou událostí, které jsou spojené s: lékařem na telefonu, nadstandardním ubytováním ve zdravotnickém zařízení, finanční kompenzací za pobyt v nemocnici, dopravou do/ze zdravotnického zařízení, pojištěním doplatků za léky (po hospitalizaci) a asistencí pro nákup potřeb do domácnosti; vše pro Zákazníka dle podmínek SPS AA;

PROVI POJIŠTĚNÍ RODINA, tj. pojištění schopnosti Zákazníka splácet v rozsahu: (i) životní Pojištění ML pro případ smrti následkem úrazu nebo nemoci Zákazníka, (ii) neživotní pojištění pro případ zlomenin v důsledku úrazu Zákazníka a jeho dětí, neživotní pojištění pro případ pracovní neschopnosti následkem úrazu nebo nemoci Zákazníka, neživotní pojištění pro případ hospitalizace a následné rekonvalescence v důsledku úrazu nebo nemoci Zákazníka a jeho dětí, a neživotní pojištění pro případ závažného onemocnění Zákazníka, vše dle podmínek SPS MetLife; a dále ve spojení s (iii) neživotním pojištěním rizika vynaložení nákladů v souvislosti s pojistnou událostí, které jsou spojené s: lékařem na telefonu, nadstandardním ubytováním ve zdravotnickém zařízení, finanční kompenzací za pobyt v nemocnici, dopravou do/ze zdravotnického zařízení, pojištěním doplatků za léky (po hospitalizaci) a asistencí pro nákup potřeb do domácnosti; vše pro Zákazníka, rodinného příslušníka, tj. manžela/manželku, registrovaného partnera/partnerku, a nejvíce 3 děti Zákazníka, které v době pojistné události nedovršily věk 18 let a žijí se Zákazníkem v jedné domácnosti dle podmínek SPS AA;

PROVI POJIŠTĚNÍ SENIOR, tj. pojištění schopnosti Zákazníka splácet v rozsahu: (i) životní Pojištění ML pro případ smrti následkem úrazu nebo nemoci Zákazníka, (ii) neživotní Pojištění ML pro případ zlomenin v důsledku úrazu Zákazníka a jeho dětí, neživotní pojištění pro případ hospitalizace a následné rekonvalescence v důsledku úrazu nebo nemoci Zákazníka a jeho dětí, vše dle podmínek SPS MetLife; a dále ve spojení s (iii) neživotním Pojištěním rizika vynaložení nákladů v souvislosti s pojistnou událostí, které jsou spojené s: lékařem na telefonu; druhým lékařským názorem; asistencí sestry v případě: užívání předepsané medikace, kontroly zdravotního stavu Zákazníka, cvičení pro seniory, tréninků soběstačnosti; asistencí pro nákupy potravin a hygienických pomůcek; úklidem domácnosti; dopravou do/z zdravotnického zařízení či ordinace lékaře; online fyzioterapií a online psychoterapií; vše pro Zákazníka dle podmínek SPS AA;

(dle zvolené varianty dále jen „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 spotřebitelském úvěru (dále také jako „Smlouva o SU“), 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 SU samostatně bez Pojištění, avšak Pojištění nemohu sjednat bez uzavření Smlouvy o SU. Před podpisem tohoto Dokumentu jsem sdělil všechny své pojistné potřeby a požadavky, nabízené Pojištění odpovídá mým požadavkům, cílům a potřebám.

Prohlašuji, že:

- v den přistoupení k Pojištění, tj. v den podpisu tohoto Dokumentu jsem ve věku mezi: 18 až 79 lety v případě varianty Provi pojištění ZÁKLAD, ve věku mezi 18 až 64 lety v případě varianty Provi pojištění PLUS a Provi pojištění RODINA, či starší 65 let v případě varianty Provi pojištění SENIOR, a ke všem variantám, 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 ML a Pojistného programu AA zařazen a Pojištění vůbec nevznikne.
- beru na vědomí, že pro vstup do Pojištění ML pro případ Závažného onemocnění musím být ve věku do 65 let (včetně), v opačném případě nebudu kryt tímto Pojištěním.
- 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 pro zájemce o pojištění dle Skupinové pojistné smlouvy 400.026 (ML) a Informační dokument o pojistném produktu a Informace pro zájemce o pojištění (AA) 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, že nárok na pojistné plnění nevzniká v případě prokazatelně existujícího onemocnění, úrazu nebo poruchy, s nimiž jsem se léčil nebo navštívil lékaře v době posledních 12 měsíců před přistoupením k Pojištění.
- beru na vědomí, že pokud jsem v době trvání Pojištění ML osobou samostatně výdělečně činnou, jsem si vědom toho, že podmínkou vzniku nároku na pojistné plnění z pojištění Pracovní neschopnosti je moje účast, na nemocenském pojištění ve smyslu zákona číslo 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění ke dni počátku posuzované pracovní neschopnosti.
- jsem byl před přistoupením k Pojištění, tj. před podpisem tohoto Dokumentu, seznámen: se SPS ML a SPSAA, tímto Dokumentem, příslušnými pojistnými podmínkami, Pojistnými podmínkami Pojištění zdravotní asistence Provident ze dne 1. 9. 2023, s Informacemi pro zájemce o pojištění a před uzavřením SPS AA, s informačním dokumentem o pojistném produktu AA, a jsem srozuměn s podmínkami a rozsahem Pojištění. S jejich zněním souhlasím a uděluji souhlas s pojištěním ve smyslu § 2762 odst. 3 občanského zákoníku. SPS ML, SPS AA, pojistné podmínky, Pojistnými podmínkami Pojištění zdravotní asistence Provident ze dne 1. 9. 2023, Informace pro zájemce o pojištění SPS AA, informační dokument o pojistném produktu AA, a dokument Informace o pojištění jsou mi přístupny na www.provident.cz v sekci „Dokumenty ke stažení“, a mohu si od Providentu po dobu trvání Pojištění vyžádat jejich tištěnou podobu.
- v případě, že sjednávám pojištění i pro jiné osoby, výslovně prohlašuji, že disponuji jejich souhlasy se sjednáním pojištění v rozsahu uvedeném v tomto Dokumentu.
- v případě, že sjednávám pojištění i pro jiné osoby prohlašuji, že pojištění ve sjednávaném rozsahu odpovídá požadavkům, cílům a potřebám ostatních pojištěných a zavazují se neprodleně po jeho sjednání předat ostatním pojištěným veškerou dokumentaci související s pojištěním, kterou po během sjednání a po sjednání pojištění obdrží.
- beru na vědomí, že Pojištění ML a Pojištění AA se sjednává na dobu trvání Smlouvy o SU, nezanikne-li Pojištění ML dříve z jiných důvodů uvedených v SPS ML či Pojištění AA dříve z jiných důvodů uvedených v SPS AA.
- beru na vědomí, že výše úplaty za Pojištění bude hrazena spolu se splátkou úvěru, a to v závislosti na zvolené frekvenci splátek úvěru (týdenní či měsíční). Výše úplaty za Pojištění je uvedena na Smlouvě o SU.
- beru na vědomí, že Pojištění vzniká v 0.01 hodin dne následujícího po podpisu tohoto Dokumentu.

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

ZDRAVOTNÍ PROHLÁŠENÍ	
<input type="checkbox"/> Prohlašuji, že v současné době nejsem v pracovní neschopnosti.	<input type="checkbox"/> Prohlašuji, že v současné době jsem v pracovní neschopnosti.
Prohlašuji, že jsem si vědom toho, že pokud zaškrtnu, že v současné době jsem v pracovní neschopnosti nebo nezaškrtnu žádné z výše uvedených polí, jsem dle SPS ML pojištěn jen pro případ smrti následkem Úrazu, Zlomeniny následkem Úrazu, Pracovní neschopnosti následkem Úrazu a Hospitalizace a následné rekonvalescence následkem Úrazu. V tomtéž rozsahu jsem pojištěn, pokud toto pole zaškrtnu nepravdivě.	

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 ML, příp. Pojišťovně AA, jako správčům osobních údajů, které je budou zpracovávat z důvodu plnění SPS ML, příp. SPS AA, pro účely oprávněných zájmů Pojišťovny ML, příp. Pojišťovny AA 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 ML a Pojišťovnou AA a o mých souvisejících právech, a to dokumentem „Oznámení o zpracování a ochraně osobních údajů“ od Pojišťovny ML a dokumentem „Informační memorandum o zpracování osobních údajů v souvislosti se sjednáním pojištění“ od pojišťovny AA. Tyto informace jsou mi kdykoli dostupné na:

Pojišťovna ML: www.metlife.cz, sekce „Kontaktujte nás“ a/nebo Pojišťovna AA: www.axa-assistance.cz/ochrana-osobnich-udaju

Ve smyslu § 2828 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku souhlasím, aby Pojišťovna ML a/nebo Pojišťovna AA 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)



ZAŘAZENÍ A PŘISTOUPENÍ ZÁKAZNÍKA DO POJISTNÉHO PROGRAMU

CZ 842/05 – platnost verze od 31. 1. 2024

Provident Financial, s. r. o., IČO: 25621351, DIČ: CZ25621351, Sídlo: Olbrachtova 2006/9, 140 00 Praha 4
Telefonní číslo: 222 513 513, www.provident.cz, e-mail: zakaznický.servis@provident.cz
Společnost zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, v oddílu C, vložce 55523

Osobní údaje Zákazníka:

Jméno a příjmení: RČ:

č. Smlouvy o spotřebitelském úvěru

A) Podpisem tohoto formuláře – Zařazení a přistoupení zákazníka do Pojistného programu (dále jen „Dokument“) a zaškrtnutím (volbou) jedné z níže uvedených variant pojištění, přistupuji ke Skupinové pojistné smlouvě č. 400.026 ze dne 1. 6. 2022 ve znění Dodatku č. 1, kterou Provident Financial s.r.o., se sídlem Olbrachtova 2006/9, 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 ML“, dále jen „SPS MetLife“ nebo „Pojistný program ML“ nebo „Pojištění ML“);

B) Podpisem tohoto Dokumentu a zaškrtnutím (volbou) jedné z níže uvedených variant Provi pojištění ZÁKLAD, nebo Provi pojištění PLUS, nebo Provi pojištění RODINA, nebo Provi pojištění SENIOR, přistupuji ke Skupinové pojistné smlouvě č. 10786/86359 ze dne 1. 9. 2023, jejíž nedílnou součástí tvoří Pojistné podmínky Pojištění zdravotní asistence Provident ze dne 1. 9. 2023 (dále společně jako „SPS AA“), kterou Provident sjednal jako pojistník s INTER PARTNER ASSISTANCE, S. A., člen skupiny AXA, se sídlem Boulevard du Régent, 1000, Brusel, Belgie, zapsaný v obchodním registru vedeném Greffe de Tribunal de commerce de Bruxelles pod registračním číslem 04155911055, jednající na území České republiky prostřednictvím INTER PARTNER ASSISTANCE, organizační složky, se sídlem Hvězdova 1689/2a, 140 62, Praha 4, IČO: 28225616, zapsané v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze pod spisovou značkou A59647 (dále jen „Pojišťovna AA“ nebo „Pojistný program AA“ nebo „Pojištění AA“). Přistoupením k SPS AA se zavazují hradit v SPS AA stanovenou úplatu za pojištění a v případě, že nastane nahodilá událost krytá pojištěním (pojistná událost), jsem jako pojištěný (či jiná definovaná oprávněná osoba) za podmínek a v rozsahu uvedeném v SPS AA oprávněn čerpat pojistné plnění. Konkrétně souhlasím s úhradou pravidelné měsíční nebo týdenní úplaty za pojištění ve výši dle zvolené varianty pojištění.

ROZSAH POJIŠTĚNÍ (zaškrtněte jednu z variant):

PROVI POJIŠTĚNÍ ZÁKLAD, tj. pojištění schopnosti Zákazníka splácet v rozsahu: (i) životní pojištění pro případ smrti následkem úrazu nebo nemoci Zákazníka, (ii) neživotní pojištění pro případ zlomenin v důsledku úrazu Zákazníka a jeho dětí, neživotní pojištění pro případ pracovní neschopnosti následkem úrazu nebo nemoci Zákazníka a neživotní pojištění pro případ hospitalizace a následné rekonvalescence v důsledku úrazu nebo nemoci Zákazníka a jeho dětí; vše dle podmínek SPS MetLife;

PROVI POJIŠTĚNÍ PLUS, tj. pojištění schopnosti Zákazníka splácet v rozsahu: (i) životní Pojištění ML pro případ smrti následkem úrazu nebo nemoci Zákazníka, (ii) neživotní Pojištění ML pro případ zlomenin v důsledku úrazu Zákazníka a jeho dětí, neživotní pojištění pro případ pracovní neschopnosti následkem úrazu nebo nemoci Zákazníka, neživotní pojištění pro případ hospitalizace a následné rekonvalescence v důsledku úrazu nebo nemoci Zákazníka a jeho dětí a závažného onemocnění Zákazníka, vše dle podmínek SPS MetLife; a dále ve spojení s (iii) neživotním Pojištěním AA rizika vynaložení nákladů v souvislosti s pojistnou událostí, které jsou spojené s: lékařem na telefonu, nadstandardním ubytováním ve zdravotnickém zařízení, finanční kompenzací za pobyt v nemocnici, dopravou do/ze zdravotnického zařízení, pojištěním doplatků za léky (po hospitalizaci) a asistencí pro nákup potřeb do domácnosti; vše pro Zákazníka dle podmínek SPS AA;

PROVI POJIŠTĚNÍ RODINA, tj. pojištění schopnosti Zákazníka splácet v rozsahu: (i) životní Pojištění ML pro případ smrti následkem úrazu nebo nemoci Zákazníka, (ii) neživotní pojištění pro případ zlomenin v důsledku úrazu Zákazníka a jeho dětí, neživotní pojištění pro případ pracovní neschopnosti následkem úrazu nebo nemoci Zákazníka, neživotní pojištění pro případ hospitalizace a následné rekonvalescence v důsledku úrazu nebo nemoci Zákazníka a jeho dětí, a neživotní pojištění pro případ závažného onemocnění Zákazníka, vše dle podmínek SPS MetLife; a dále ve spojení s (iii) neživotním pojištěním rizika vynaložení nákladů v souvislosti s pojistnou událostí, které jsou spojené s: lékařem na telefonu, nadstandardním ubytováním ve zdravotnickém zařízení, finanční kompenzací za pobyt v nemocnici, dopravou do/ze zdravotnického zařízení, pojištěním doplatků za léky (po hospitalizaci) a asistencí pro nákup potřeb do domácnosti; vše pro Zákazníka, rodinného příslušníka, tj. manžela/manželku, registrovaného partnera/partnerku, a nejvíce 3 děti Zákazníka, které v době pojistné události nedovršily věk 18 let a žijí se Zákazníkem v jedné domácnosti dle podmínek SPS AA;

PROVI POJIŠTĚNÍ SENIOR, tj. pojištění schopnosti Zákazníka splácet v rozsahu: (i) životní Pojištění ML pro případ smrti následkem úrazu nebo nemoci Zákazníka, (ii) neživotní Pojištění ML pro případ zlomenin v důsledku úrazu Zákazníka a jeho dětí, neživotní pojištění pro případ hospitalizace a následné rekonvalescence v důsledku úrazu nebo nemoci Zákazníka a jeho dětí, vše dle podmínek SPS MetLife; a dále ve spojení s (iii) neživotním Pojištěním rizika vynaložení nákladů v souvislosti s pojistnou událostí, které jsou spojené s: lékařem na telefonu; druhým lékařským názorem; asistencí sestry v případě: užívání předepsané medikace, kontroly zdravotního stavu Zákazníka, cvičení pro seniory, tréninků soběstačnosti; asistencí pro nákupy potravin a hygienických pomůcek; úklidem domácnosti; dopravou do/z zdravotnického zařízení či ordinace lékaře; online fyzioterapií a online psychoterapií; vše pro Zákazníka dle podmínek SPS AA;

(dle zvolené varianty dále jen „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 spotřebitelském úvěru (dále také jako „Smlouva o SU“), 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 SU samostatně bez Pojištění, avšak Pojištění nemohu sjednat bez uzavření Smlouvy o SU. Před podpisem tohoto Dokumentu jsem sdělil všechny své pojistné potřeby a požadavky, nabízené Pojištění odpovídá mým požadavkům, cílům a potřebám.

Prohlašuji, že:

- v den přistoupení k Pojištění, tj. v den podpisu tohoto Dokumentu jsem ve věku mezi: 18 až 79 lety v případě varianty Provi pojištění ZÁKLAD, ve věku mezi 18 až 64 lety v případě varianty Provi pojištění PLUS a Provi pojištění RODINA, či starší 65 let v případě varianty Provi pojištění SENIOR, a ke všem variantám, 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 ML a Pojistného programu AA zařazen a Pojištění vůbec nevznikne.
- beru na vědomí, že pro vstup do Pojištění ML pro případ Závažného onemocnění musím být ve věku do 65 let (včetně), v opačném případě nebudu kryt tímto Pojištěním.
- 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 pro zájemce o pojištění dle Skupinové pojistné smlouvy 400.026 (ML) a Informační dokument o pojistném produktu a Informace pro zájemce o pojištění (AA) 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, že nárok na pojistné plnění nevzniká v případě prokazatelně existujícího onemocnění, úrazu nebo poruchy, s nimiž jsem se léčil nebo navštívil lékaře v době posledních 12 měsíců před přistoupením k Pojištění.
- beru na vědomí, že pokud jsem v době trvání Pojištění ML osobou samostatně výdělečně činnou, jsem si vědom toho, že podmínkou vzniku nároku na pojistné plnění z pojištění Pracovní neschopnosti je moje účast, na nemocenském pojištění ve smyslu zákona číslo 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění ke dni počátku posuzované pracovní neschopnosti.
- jsem byl před přistoupením k Pojištění, tj. před podpisem tohoto Dokumentu, seznámen: se SPS ML a SPSAA, tímto Dokumentem, příslušnými pojistnými podmínkami, Pojistnými podmínkami Pojištění zdravotní asistence Provident ze dne 1. 9. 2023, s Informacemi pro zájemce o pojištění a před uzavřením SPS AA, s informačním dokumentem o pojistném produktu AA, a jsem srozuměn s podmínkami a rozsahem Pojištění. S jejich zněním souhlasím a uděluji souhlas s pojištěním ve smyslu § 2762 odst. 3 občanského zákoníku. SPS ML, SPS AA, pojistné podmínky, Pojistnými podmínkami Pojištění zdravotní asistence Provident ze dne 1. 9. 2023, Informace pro zájemce o pojištění SPS AA, informační dokument o pojistném produktu AA, a dokument Informace o pojištění jsou mi přístupny na www.provident.cz v sekci „Dokumenty ke stažení“, a mohu si od Providentu po dobu trvání Pojištění vyžádat jejich tištěnou podobu.
- v případě, že sjednávám pojištění i pro jiné osoby, výslovně prohlašuji, že disponuji jejich souhlasy se sjednáním pojištění v rozsahu uvedeném v tomto Dokumentu.
- v případě, že sjednávám pojištění i pro jiné osoby prohlašuji, že pojištění ve sjednávaném rozsahu odpovídá požadavkům, cílům a potřebám ostatních pojištěných a zavazují se neprodleně po jeho sjednání předat ostatním pojištěným veškerou dokumentaci související s pojištěním, kterou po během sjednání a po sjednání pojištění obdrží.
- beru na vědomí, že Pojištění ML a Pojištění AA se sjednává na dobu trvání Smlouvy o SU, nezanikne-li Pojištění ML dříve z jiných důvodů uvedených v SPS ML či Pojištění AA dříve z jiných důvodů uvedených v SPS AA.
- beru na vědomí, že výše úplaty za Pojištění bude hrazena spolu se splátkou úvěru, a to v závislosti na zvolené frekvenci splátek úvěru (týdenní či měsíční). Výše úplaty za Pojištění je uvedena na Smlouvě o SU.
- beru na vědomí, že Pojištění vzniká v 0.01 hodin dne následujícího po podpisu tohoto Dokumentu.

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

ZDRAVOTNÍ PROHLÁŠENÍ	
<input type="checkbox"/> Prohlašuji, že v současné době nejsem v pracovní neschopnosti.	<input type="checkbox"/> Prohlašuji, že v současné době jsem v pracovní neschopnosti.
Prohlašuji, že jsem si vědom toho, že pokud zaškrtnu, že v současné době jsem v pracovní neschopnosti nebo nezaškrtnu žádné z výše uvedených polí, jsem dle SPS ML pojištěn jen pro případ smrti následkem Úrazu, Zlomeniny následkem Úrazu, Pracovní neschopnosti následkem Úrazu a Hospitalizace a následné rekonvalescence následkem Úrazu. V tomto rozsahu jsem pojištěn, pokud toto pole zaškrtnu nepravdivě.	

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 ML, příp. Pojišťovně AA, jako správčům osobních údajů, které je budou zpracovávat z důvodu plnění SPS ML, příp. SPS AA, pro účely oprávněných zájmů Pojišťovny ML, příp. Pojišťovny AA 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 ML a Pojišťovnou AA a o mých souvisejících právech, a to dokumentem „Oznámení o zpracování a ochraně osobních údajů“ od Pojišťovny ML a dokumentem „Informační memorandum o zpracování osobních údajů v souvislosti se sjednáním pojištění“ od pojišťovny AA. Tyto informace jsou mi kdykoli dostupné na:

Pojišťovna ML: www.metlife.cz, sekce „Kontaktujte nás“ a/nebo Pojišťovna AA: www.axa-assistance.cz/ochrana-osobnich-udaju

Ve smyslu § 2828 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku souhlasím, aby Pojišťovna ML a/nebo Pojišťovna AA 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)

Vyhotovení pro zákazníka

