

POTVRZENÍ O POJIŠTĚNÍ ZAŘAZENÍ A PŘISTOUPENÍ ZÁKAZNÍKA DO POJISTNÉHO PROGRAMU

Simfina a.s., IČO: 24823546, DIČ: CZ24823546, Sídlo: Platněřská 88/9, Staré Město, 110 00 Praha 1
Telefonní číslo: +420 800 023 041, www.simfina.cz, e-mail: info@simfina.cz
Společnost zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, v oddílu B, vložce 17020
(dále jen „Simfina“ nebo „Pojistník“)

Osobní údaje Zákazníka:

Jméno a příjmení

RČ / č. Smlouvy o spotřebitelském úvěru

Podpisem tohoto formuláře Potvrzení o pojištění – Zařazení a přistoupení zákazníka do Pojistného programu (dále jen „Dokument“) přistupuji ke Skupinové pojistné smlouvě č. 400.028 ze dne 6. 12. 2024, kterou Simfina a.s. sjednala 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 „Skupinová pojistná smlouva“ nebo „Pojistný program“ nebo „Pojištění“) jako pojistitelem;

ROZSAH POJIŠTĚNÍ: Zákazník Simfina a.s. je v rámci poskytnutého spotřebitelského úvěru automaticky kryt pro případ:

- smrti následkem úrazu nebo nemoci s pojistnou částkou ve výši** Dlužného zůstatku Smlouvy o spotřebitelském úvěru, kterým je 100 % nesplacené částky spotřebitelského úvěru ke dni smrti, podle splátkového kalendáře sjednaného v době uzavření Smlouvy o spotřebitelském úvěru;
- úplné trvalé invalidity následkem úrazu či nemoci s pojistnou částkou ve výši** Dlužného zůstatku Smlouvy o spotřebitelském úvěru, kterým je 100 % nesplacené částky spotřebitelského úvěru ke dni uznání stavu úplné trvalé invalidity, podle splátkového kalendáře sjednaného v době uzavření Smlouvy o spotřebitelském úvěru;
- pracovní neschopnosti následkem úrazu či nemoci.** Pojistné plnění v případě pracovní neschopnosti následkem úrazu je vypláceno formou týdenních plateb, kdy každá z plateb odpovídá 100 % výši týdenní splátky spotřebitelského úvěru následující po pojistné události. Nárok na pojistné plnění vzniká za každých 7 dní, které uplynou po uplynutí odkladné lhůty v délce prvních 14 dnů pracovní neschopnosti. Pojistitel uhradí maximálně 8 týdenních splátek.

Poskytnutí informací Zákazníkem a doporučení:

Prohlašuji, že, 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 pojistníkovi ze Smlouvy o spotřebitelském úvěru (dále také jako „Smlouva o SU“), kterou jsem s pojistníkem 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 Skupinovou pojistnou smlouvu, a že se společností Simfina a.s. mohu sjednat Smlouvu o SU samostatně bez Pojištění, avšak Pojištění nemohu sjednat bez uzavření Smlouvy o spotřebitelském úvěru. 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 69 lety a nejsem invalidní ve 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 pro zájemce o pojištění dle Skupinové pojistné smlouvy 400.028 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 a počátku, jeho konce, výluk a mých povinností. S obsahem tohoto Dokumentu jsem se seznámil a plně mu porozuměl.
- jsem byl před přistoupením k Pojištění, tj. před podpisem tohoto Dokumentu, seznámen: se Skupinovou pojistnou smlouvou, tímto Dokumentem, příslušnými pojistnými podmínkami, s Informacemi pro zájemce o pojištění, a jsem srozuměn s podmínkami a rozsahem Pojištění. S jejich zněním souhlasím a uděluji souhlas s pojištěním ve smyslu § 2762 odst. 3 občanského zákoníku. Skupinová pojistná smlouva, pojistné podmínky, Informace pro zájemce o pojištění jsou mi přístupny na www.simfina.cz v sekci „Dokumenty k půjčce“, a mohu si od Pojistníka po dobu trvání Pojištění vyžádat jejich tištěnou podobu.
- beru na vědomí, že pokud jsem v době trvání Pojištění 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.
- beru na vědomí, že Pojištění se sjednává na dobu trvání Smlouvy o spotřebitelském úvěru, nezankne-li Pojištění dříve z jiných důvodů uvedených ve Skupinové pojistné smlouvě.
- beru na vědomí, že výše úplaty za Pojištění bude hrazena spolu se splátkou úvěru, a to v závislosti na zvolené frekvenci splátek úvěru. Výše úplaty za Pojištění je uvedena na Smlouvě o spotřebitelském úvěru.
- beru na vědomí, že pojištění vzniká v 00.01 hodin dne následujícího po dni uzavření Smlouvy o spotřebitelském úvěru a podpisu tohoto Dokumentu a trvá do 24:00 hodin dne uhrazení poslední splátky spotřebitelského úvěru podle splátkového kalendáře, platného v době poskytnutí spotřebitelského úvěru. Maximální výše spotřebitelského úvěru je 100 000 Kč a doba splácení celkové výše spotřebitelského úvěru sjednané ve Smlouvě o spotřebitelském úvěru v době jejího uzavření je maximálně 100 týdnů.

Výslovně souhlasím s tím, že veškeré své pohledávky ze Skupinové pojistné smlouvy vinkuluji ve prospěch Pojistníka a souhlasím s tím, aby Pojistník byl současně určen obmyšlenou osobou. Souhlasím s tím, aby pojistné plnění z výše uvedené Skupinové pojistné smlouvy bylo použito jako zajišťovací instrument spotřebitelského úvěru, který mi dle této Smlouvy o spotřebitelském úvěru poskytl Pojistník. Proto souhlasím s tím, aby Pojišťovna veškerá pojistná plnění ze Skupinové pojistné smlouvy, vztahující se k pojistné události, jež se mi přihodila, do výše pohledávky Pojistníka z titulu spotřebitelského úvěru poskytnutého na základě Smlouvy o spotřebitelském úvěru, poukazovala na účet Pojistníka.



SIM_155_01 obch

Současně uděluji souhlas Pojišťovně, aby Pojistníka informovala o vzniku nároku na pojistné plnění ze Skupinové pojistné smlouvy.

Ověření zdravotní způsobilosti žadatele o zařazení do pojistného programu:

ZDRAVOTNÍ PROHLÁŠENÍ	
☐ Prohlašuji, že v současné době nejsem v pracovní neschopnosti.	☐ Prohlašuji, že v současné době nejsem invalidní v I. nebo II. stupni invalidity.
DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ: V případě, že s ohledem na skutečný stav obě tato pole nezaškrtnu, budu pojištěn podle Skupinové pojistné smlouvy s omezeným pojistným krytím pouze pro případ smrti následkem úrazu, úplné trvalé invalidity následkem úrazu, pracovní neschopnosti následkem úrazu, v souladu se Skupinovou pojistnou smlouvou a příslušnými podmínkami. V případě, že bude Zdravotní prohlášení nepravdivé, má Pojistitel právo plnění z pojistné smlouvy odmítnout, nebo od pojistné smlouvy (pojištění Zákazníka) odstoupit.	

V případě pojistné události kontaktujte svého konzultanta ze společnosti Simfina, nebo navštivte internetové stránky www.metlife.cz, kde naleznete formuláře pro nahlášení pojistné události, které po vyplnění zašlete společně s dokumenty potvrzujícími platnost uplatňovaného nároku na adresu Pojišťovny (MetLife Europe d.a.c., pobočka pro Českou republiku), Purkyňova 2121/3, 110 00 Praha 1.

Ve smyslu nařízení EU č. 2016/679, obecné nařízení o ochraně osobních údajů (dále jen „GDPR“) jsem byl/a informován/a, že správcem osobních údajů týkajících se mého pojištění je Pojišťovna a společnost Simfina a.s. je v pozici zpracovatele. Osobní údaje budou zpracovávány za účelem plnění Skupinové pojistné smlouvy, pro účely oprávněných zájmů Pojišťovny. Více informací o zpracování osobních údajů je uvedeno v dokumentu „Oznámení o zpracování osobních údajů“, se kterým jsem byl seznámen. Tyto informace jsou kdykoli dostupné na webových stránkách www.metlife.cz (sekci Kontaktujte nás). Ve smyslu § 2828 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku souhlasím, aby Pojišťovna za účelem šetření pojistné události požadovala údaje o mém zdravotním stavu, zjišťovala můj zdravotní stav nebo příčiny úmrtí.

Toto Potvrzení o pojištění je stvrzením pojistitele o platnosti a účinnosti pojištění shora uvedeného pojištěného v rozsahu příslušné Skupinové pojistné smlouvy ve smyslu § 93 odst. 1 písm. c) zákona č. 170/2018 Sb., o distribuci pojištění a zajištění v platném znění, jakož i pojistkou ve smyslu ustanovení § 2775 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku v platném znění. Podmínky pojištění se řídí ustanoveními příslušné Skupinové pojistné smlouvy, pojistnými podmínkami a dále občanským zákoníkem v platném znění.

Sjednáním pojištění pojištěný prohlašuje, že mu byly pojistné podmínky, jakož i další dokumenty určené pro zájemce o pojištění, poskytnuty a že byl seznámen s jejich obsahem. Pojistitel zpracovává osobní údaje v souladu s platnou právní úpravou a příslušnými pojistnými podmínkami, rozsah a účel zpracování je uveden v Oznámení o ochraně osobních údajů. Písemné hlášení o vzniku škodní události, která může zakládat nárok na výplatu pojistného plnění podle příslušné pojistné smlouvy, musí být předáno pojistiteli bez zbytečného odkladu. Pokud dojde k ukončení pojištění, pozbývá toto Potvrzení o pojištění (Pojistka) platnost a vypořádání jakýchkoli nároků vyplývajících z ustanovení příslušné Skupinové pojistné smlouvy, jsou-li takové, bude provedeno v souladu s příslušnou Skupinovou pojistnou smlouvou.

Za Simfina a.s., jméno a příjmení obchodního zástupce/zaměstnance:

V dne

Podpis pojištěného Zákazníka

Za Simfina a.s. (podpis)