

Prehľad poistného krytia finančná istota „ŽIVOTNÉ POISTENIE CREDIT LIFE“

Poistenie v prípade straty života a úplnej trvalej invalidity

MetLife®

MetLife Amslico poisťovňa, a.s.,
so sídlom Pribinova 10, 811 09 Bratislava, Slovenská republika,
zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Oddiel:Sa, Vložka č.:918/B, IČO 31 402 071,
(ďalej aj „MetLife Amslico“). MetLife Amslico je súčasťou spoločnosti MetLife, Inc.

Tento Prehľad poistného krytia bližšie charakterizuje poistenie pre prípad straty života z dôvodu choroby alebo úrazu a poistenie pre prípad úplnej trvalej invalidity (ďalej len „ÚTI“) tak, ako sú tieto poskytované v rámci ponuky mBank S.A., pobočka zahraničnej banky, Pribinova 10, 811 09 Bratislava, IČO: 36 819 638 („mBank“) podľa Rámcovej poistnej zmluvy č.500.009 (ďalej len „Poistná zmluva“) uzavretej so spoločnosťou Metlife Amslico poisťovňa, a.s., Pribinova 10, 811 09 Bratislava (ďalej len „poisťovateľ“) (alebo v texte tiež my, naše, nám a pod.). Poisťovateľ sa týmto zaväzuje poskytnúť Vám nižšie uvedené poistné krytie, na ktoré ste oprávnený v súlade s nižšie uvedenými podmienkami, ustanoveniami, definíciami, výnimkami, výlukami a obmedzeniami. Niektoré slová v tomto prehľade majú špecifický význam. Sú vytlačené hrubým písmom a sú vysvetlené v časti POJMY.

1. OPRÁVNENOSŤ K POISTENIU

K poisteniu ste oprávnený, ak ku dňu podpisu prihlášky do poistenia, ktorá je súčasťou Vašej Zmluvy o úvere spĺňate nasledovné podmienky:

Máte viac ako 18 rokov a menej ako 70 rokov pre prípad Straty života a ÚTI a oboznámili ste sa a súhlasíte s týmto Prehľadom poistného krytia.

2. POJMY

- a) **Zmluva:** Zmluva o úvere, ktorú ste uzavreli, na základe ktorej Vám bolo poskytnuté financovanie a podľa ktorej platíte mBank splátky.
- b) **Žiadosť:** dokument, prostredníctvom ktorého klient žiada o poskytnutie úveru alebo o zmeny v súvislosti s poskytnutým úverom. Jej súčasťou je prihláška do poistenia.
- c) **Vy, Váš a pod.,** tiež Poistený: fyzická osoba alebo viac osôb, ktoré uzavru Zmluvu, ktorá/ktorí sú poistenou osobou a na ktoré sa vzťahujú podmienky poistného krytia a majú trvalý alebo prechodný pobyt na území SR.
- d) **Deň začatia poistenia:** deň, ktorým začína Vaše poistné krytie podľa časti 4 tohto Prehľadu poistného krytia.
- e) **Deň ukončenia poistenia:** deň, ktorým končí Vaše poistné krytie podľa časti 4 tohto Prehľadu poistného krytia.
- f) **Prihláška do poistenia:** prihláška, ktorú ste podpísali spolu so Žiadosťou.
- g) **Úraz:** telesné poškodenie, neúmyselné a neovplyvnené zo strany poisteného, vzniknuté priamo (a nezávisle od iných okolností) následkom náhlej a náhodnej vonkajšej príčiny, ktorej je poistený obeťou v čase trvania poistenia na základe uzavretej Poistnej zmluvy.
- h) **Choroba:** zmena fyzického zdravia poisteného, ku ktorej došlo po prvýkrát odo dňa stanoveného ako začiatok poistenia a po uplynutí čakacej lehoty, stanovenej v týchto zmluvných dojednaniach.
- i) **Telesné poškodenie zapríčinené úrazom:** predstavuje stav telesného poškodenia poisteného následkom úrazu v čase trvania poistenia na základe uzavretej Poistnej zmluvy, pričom poškodenie je objektívne diagnostikovateľné a nezávisle od iných príčin spôsobilo invaliditu v zmysle ustanovení uzavretej Rámcovej poistnej zmluvy.
- j) **Úplná trvalá invalidita:** invalidita spôsobená telesným poškodením alebo chorobou, ktorá úplne znemožňuje poistenému vykonávať akúkoľvek obchodnú činnosť alebo akékoľvek zamestnanie prinášajúce mzdu, kompenzáciu, výnos alebo zisk, po zvyšok života. Takýto stav môže byť uznaný výhradne lekárom určeným poisťiteľom za predpokladu, že trvá minimálne počas čakacej doby. V prípade celkovej a nezvratnej straty zraku oboch očí alebo straty dvoch alebo viacerých končatín (alebo rúk nad zápästím alebo chodidiel nad členkom), môže sa od čakacej doby upustiť.

- k) **Splátka:** Suma splatná za príslušné obdobie na základe Vašej Zmluvy.
- l) **Čakacia doba:** súvislé časové obdobie, za ktoré sa neplatí poistné plnenie, ktoré začína dňom vzniku poistnej udalosti, a ktoré trvá nepretržite 12 mesiacov pre poistenie ÚTI.
- m) **Poistné:** čiastka stanovená v Rámcovej poistnej zmluve, inkasovaná pravidelne podľa Žiadosti v súlade so sadzovníkom poplatkov mBank.
- n) **Odkupná hodnota:** toto poistenie vrátane jednotlivých pripoistení nevytvára nárok na odkupnú hodnotu a nemá žiadnu súvislosť, ani vzťah s dodatkovým ziskom Poistiteľa.

3. PREHLAD PLNENIA

Upozornenie: Akýkoľvek pokus o poskytnutie nepravdivých informácií bude mať za následok ukončenie poistného krytia.

POISTENIE V PRÍPADE STRATY ŽIVOTA A ÚPLNEJ TRVALEJ INVALIDITY

Ak nastane úmrtie z dôvodu úrazu alebo choroby po dni začatia poistenia a pred dňom ukončenia poistenia, uhradíme za Vás zostatkovú hodnotu úveru vo výške rovnajúcej sa nesplatenému zostatku istiny úveru ku dňu vzniku poistnej udalosti na účet Poistníka v prípade jedného Dlžníka. V prípade viacerých Dlžníkov/Spoludlžníkov Poistovateľ vyplatí Poistníkovi alikvotnú časť nesplateného úveru podľa Poistnej zmluvy, rovnajúcu sa násobku výšky nesplateného zostatku a obrátenej hodnoty počtu spoludlžníkov, to znamená v prípade jedného Dlžníka a jedného Spoludlžníka je každý poistený do výšky 50 % poskytnutého/ nesplateného úveru, v prípade jedného Dlžníka a dvoch Spoludlžníkov je každý poistený do výšky 33,33% z poskytnutého/ nesplateného úveru a pod.

V prípade, že nastane poistná udalosť Úplná trvalá invalidita z dôvodu úrazu alebo choroby, Poistovateľ vyplatí Poistníkovi poistné plnenie po uplynutí čakacej doby vo výške rovnajúcej sa nesplatenému zostatku istiny úveru ku dňu vzniku poistnej udalosti podľa Zmluvy v prípade jedného Dlžníka. V prípade viacerých Dlžníkov/Spoludlžníkov Poistovateľ vyplatí Poistníkovi alikvotnú časť nesplateného úveru podľa Poistnej zmluvy, rovnajúcu sa násobku výšky nesplateného zostatku a obrátenej hodnoty počtu spoludlžníkov, to znamená v prípade jedného Dlžníka a jedného Spoludlžníka je každý poistený do výšky 50 % poskytnutého/ nesplateného úveru, v prípade jedného Dlžníka a dvoch Spoludlžníkov je každý poistený do výšky 33,33% z poskytnutého/ nesplateného úveru a pod.

Poistiteľ má právo pred vyplatením poistného plnenia v rámci tejto zmluvy žiadať poisteného o absolvovanie zdravotnej prehliadky u lekára určeného Poistiteľom, ak je to v priebehu šetrenia poistnej udalosti potrebné, alebo žiadať poisteného, aby podstúpil krvný test, vrátane testu HIV ako nevyhnutnú podmienku pre vyplatenie poistného plnenia.

4. KEDY ZAČÍNA A KEDY KONČÍ VAŠE POISTNÉ KRYTIE

Vaše poistné krytie začína 00.01 hodinou nasledujúceho dňa, kedy bol skutočne čerpaný úver podľa Zmluvy. Vaše poistné krytie končí k prvému z nasledovných dní:

- a) deň, v ktorom ste dosiahli vek 70 rokov;
- b) 24.00 hodinou posledného dňa trvania Zmluvy, v rámci ktorej je poistenie dojednané, pokiaľ nenastane iná skutočnosť spojená so zánikom poistenia;
- c) dňom zániku záväzku poisteného platiť splátky úveru, a to jeho splnením alebo inak;
- d) pre nezaplatenie poistného Poistníkom v súlade s §801 Občianskeho zákonníka;
- e) dňom smrti Poisteného, alebo uznania ÚTI;
- f) odstúpením od poistenia zo strany Poistovateľa v súlade s §802 ods. 1 Občianskeho zákonníka;
- g) odmietnutím plnenia v súlade s §802 ods. 2 Občianskeho zákonníka;
- h) vyradením Poisteného zo zoznamu poistených najmä z dôvodu neplnenia záväzkov voči poistníkovi; alebo
- i) ďalšími spôsobmi uvedenými v Poistnej zmluve alebo stanovenými zákonom.

Vaše poistné krytie zanikne v dôsledku tej skutočnosti, ktorá nastane ako prvá.

5. PLATENIE POISTNÉHO

1. Poistiteľ súhlasí, že mBank je oprávnená po dobu trvania Zmluvy o úvere inkasovať poistné podľa Zmluvy o úvere, v súlade so sadzovníkom poplatkov mBank aktuálnym ku dňu inkasa.
2. Poistné inkasuje Poistník v prospech poistovateľa počnúc prvou splátkou úveru po podpísaní Vašej Prihlášky do poistenia.

6. POVINNOSTI POISTENÉHO

1. Klient, ktorý žiada o úver vyšší ako 192 524,72 EUR je povinný absolvovať lekársku prehliadku najneskôr do 30 kalendárnych dní od prihlásenia sa do poistenia a pokiaľ súhlasil so Zdravotným prehlásením.
2. Poistený alebo jeho právny nástupca je povinný bez zbytočného odkladu nahlásiť Poistovateľovi poistnú udalosť a odovzdať Poistovateľovi všetky

doklady a informácie, ktoré si Poistovateľ vyžiada. Poistený je povinný pri uplatnení nároku na poistné plnenie splniť všetky povinnosti podľa tejto zmluvy.

3. Povinnosťou Poisteného je bez zbytočného odkladu vyhľadať lekárske ošetrovanie, liečiť sa podľa pokynov lekára. Poistovateľ môže vyžadovať vyšetrenie u ním určeného lekára v prípade pochybností, že poistná udalosť skutočne nastala, alebo že nastala v rozsahu uvádzanom poisteným či lekárom, ktorého si Poistený sám vybral.
4. V prípade pochybností je povinnosťou Poisteného alebo jeho právneho nástupcu dokázať, že k poistnej udalosti došlo v deklarovanom rozsahu.
5. V prípade, že Poistený požaduje kontrolné vyšetrenie, je Poistený povinný niesť náklady tohto vyšetrenia. Ak na základe kontrolného vyšetrenia Poistovateľ poskytne ďalšie plnenie, náklady na kontrolné vyšetrenie poistenému uhradí Poistovateľ, v prípade, že neposkytne poistné plnenie, znáša tieto náklady Poistený sám.
6. Ak malo porušenie povinností Poisteného podstatný vplyv na vznik poistnej udalosti alebo na zväčšenie rozsahu poistnej udalosti, je Poistovateľ oprávnený plnenie zo zmluvy primerane znížiť.

7. VÝLUKY Z POISTENIA

Poistné plnenie nebude vyplatené v prípade, že **Vaše úmrtie** alebo **úplná trvalá invalidita** boli zapríčinené priamo alebo nepriamo, úplne alebo čiastočne niektorým z nasledujúcich faktorov:

1. akoukoľvek **Vašou** chorobou alebo invaliditou existujúcou pred dňom nadobudnutia účinnosti poistenia;
2. chorobou AIDS (Syndróm získaného zlyhania imunity) alebo chorobami s AIDS súvisiacimi alebo chorobami spôsobenými vírusom HIV;
3. letom akýmkoľvek leteckým prostriedkom okrem prípadu, keď letíte ako pasažier pravidelnej leteckej linky na obvyklej trase linky prevádzkovej registrovaným prepravcom oprávneným k preprave osôb, alebo okrem **Vašej** prepravy ako pacienta alebo zraneného alebo sprievodcu dopravného prostriedku prvej pomoci alebo lietadla alebo helikoptéry prvej pomoci;
4. samovraždou počas prvých dvoch rokov bez ohľadu na **Váš** duševný stav;
5. úmyselným telesným sebapoškodením poisteného bez ohľadu na **Váš** duševný stav;
6. chronickým alkoholizmom, následkom požitia alkoholu, závislosťou alebo zneužitím drog alebo liekov;
7. vojnu, nepriateľskými akciami, občianskou vojnou a to kedykoľvek v čase mieru alebo vojny,

akýmkoľvek nepokojmi, akýmkoľvek nezákonnými činmi, teroristickými akciami;

8. účasťou na profesionálnej športovej činnosti alebo na akomkoľvek športe vyžadujúcom motorový pohon, box, potápanie, parašutizmus, závesné kĺzanie, iné bezmotorové lietanie, jazda na koni, horolezectvo;
9. počas **Vášho** výkonu služby v ozbrojených silách ktorejkoľvek krajiny alebo medzinárodnej organizácie v čase mieru alebo vojny;
10. vystavením **Vášho** tela nukleárnemu žiareniu (či už dobrovoľne alebo nie) resp. rádioaktívite vo vojne alebo počas vojny podobných operácií alebo v mieri;
11. bolesťami chrbta, ak nie sú podložené klinickým nálezom, napr. röntgenovým snímkom;
12. akýmkoľvek psychickými, mentálnymi, alebo nervovými poruchami, vrátane nervového zrútenia, pocitov úzkosti alebo iných porúch súvisiacich so stresom;
13. manipuláciou so zbraňami, výbušninami, otravnými, alebo horľavými látkami a ďalšími výlukami podľa VPPŽPCL Všeobecné poistné podmienky Životného poistenia „Credit Life“.

Poistenie je platné 24 hodín denne, celosvetovo. Akýkoľvek stav Úplnej trvalej invalidity však môže uznať len lekár osobitne určený poistiteľom.

8. RIEŠENIE POISTNÝCH UDALOSTÍ

8.1 Hlásenie o poistnej udalosti

Hlásenie o poistnej udalosti je akceptované poistovateľom iba v prípade, že ste boli v čase poistnej udalosti krytý poistením, ktoré je predmetom tohoto Prehľadu poistného krytia. V záujme vyplatenia poistného plnenia ste povinný okamžite písomne informovať poistovateľa o Vašej úplnej trvalej invalidite. O úmrtí poisteného je povinný okamžite písomne informovať poistovateľa manžel/manželka poisteného, ak ho niet, deti poisteného, alebo rodičia poisteného, alebo osoby, ktoré žili s poisteným v jednej domácnosti, alebo dedičia.

1. Pri každom hlásení o poistnej udalosti ste povinný predložiť:
 - úradne overenú kópiu Vášho rodného listu,
 - všetky lekárske správy týkajúce sa Vášho ochorenia /úrazu, ktoré sú dôvodom hlásenia o poistnej udalosti,
 - meno a presnú adresu (podľa možnosti aj telefón) Vášho ošetrojúceho lekára, ktorý má k dispozícii Vašu zdravotnú dokumentáciu,
 - ak bola poistná udalosť vyšetovaná políciou - kontaktnú adresu príslušného policajného oddelenia, prípadne telefón a meno vyšetrovateľa.

2.V prípade **straty života** navyiac:

- úradne overenú kópiu úmrtného listu,
- kópiu Listu o prehliadke mŕtveho,
- kópiu záverečnej lekárskej správy, ak úmrtie nastalo v zdravotníckom zariadení.

3.V prípade **úplnej trvalej invalidity** navyiac:

- lekársku správu detailne popisujúcu Váš zdravotný stav
- potvrdenie o súčasnom zamestnaní alebo kópiu oficiálnej registrácie podnikania; alebo pokiaľ je v súčasnej dobe nezamestnaný, potvrdenie, že v priebehu posledných dvoch rokov pracoval; alebo inak dokladovaný príjem zo závislej alebo nezávislej činnosti,
- kópiu rozhodnutia a kópiu zápisnice o rokovaní Sociálnej poisťovne, na základe ktorej Vám bola priznaná invalidita

8.2. Formuláre pre poistnú udalosť a dokazovanie

Klient nahlasuje poistnú udalosť písomnou formou (formou listu, bez nutnosti použitia tlačiva na nahlasenie poistnej udalosti) na adresu MetLife Amslico poisťovňa, a.s., Pribinova 10, 811 09 Bratislava. Po obdržaní hlásenia o poistnej udalosti

spolu s požadovanými dokladmi Vám v prípade potreby zašleme na vyplnenie Formuláre pre poistnú udalosť. Tieto spolu s požadovanými dokumentami doručíte poisťovateľovi bezodkladne od vzniku poistnej udalosti.

Poisťovateľ si vyhradzuje právo požiadať o ďalšie doklady, ktoré sú nevyhnutné a potrebné na posúdenie príčin a okolností poistnej udalosti, ktorá je predmetom hlásenia, ako napríklad doklad o tom, že:

- poistné za Vaše poistenie bolo riadne uhradené,
- spĺňate vekové podmienky poistenia
- poistná udalosť nespadá do výluk podľa VPPŽPCL a tohoto prehľadu poistného krytia,
- všetky ďalšie podmienky platné pre toto poistenie sú splnené.

V prípade potreby môžeme požadovať predloženie ďalších nevyhnutných dôkazov o Vašej oprávnenosti k poistnému plneniu na Vaše náklady. Tak isto si vyhradzuje právo vykonať kedykoľvek lekársku prehliadku na naše vlastné náklady, ak je vykonanie lekárskej prehliadky nevyhnutné pre účely posúdenia nároku na poistné plnenie.