

Prehľad poistného krytia

(ďalej aj „Prehľad“)

Spoločnosť Orange Slovensko, a.s. uzatvorila Rámcovú poistnú zmluvu so spoločnosťou **MetLife Europe d.a.c., pobočka poisťovne z iného členského štátu a MetLife Europe Insurance d.a.c., pobočka poisťovne z iného členského štátu** na účelom poskytnutia možnosti zákazníkom spoločnosti Orange Slovensko, a.s. zabezpečiť si schopnosť úhrady faktúr za elektronické komunikačné služby spoločnosti Orange Slovensko, a.s. pri výskyte určitých životných situácií. Pre prípad, ak sa rozhodnete možnosť tohto poistenia v budúcnosti využiť, zasielame Vám na vedomie prehľad poistného krytia.

Poistenie „CREDIT LIFE“ s poistením pre prípad **straty života**, a pripoistením pre prípad úplnej trvalej invalidity, pre prípad úplnej dočasnej invalidity a prípad nedobrovoľnej straty zamestnania (ďalej aj „Poistenie faktúr“)

Tento Prehľad poistného krytia bližšie charakterizuje poistenie pre prípad **straty života**, pripoistenie pre prípad úplnej **trvalej invalidity** (ďalej len „**ÚTI**“) alebo pre prípad úplnej dočasnej invalidity (ďalej len „**práceneschopnosť**“ alebo „**PN**“) ako i pripoistenie pre prípad nedobrovoľnej straty zamestnania (ďalej len „**NSZ**“) tak, ako sú tieto poskytované v rámci ponuky **Orange Slovensko, a.s.**, so sídlom Metodova 8, 821 08 Bratislava, IČO: 35 697 270, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, odd.: Sa, vložka č.: 1142/B (ďalej aj „**Poistník**“), podľa Rámcovej poistnej zmluvy č. 500.012 (ďalej len „**Poistná zmluva**“). MetLife Europe d.a.c., pobočka poisťovne z iného členského štátu, sídlo: Pribinova 10, 811 09 Bratislava, Slovenská republika, právna forma: organizačná zložka podniku zahraničnej osoby, IČO: 47 257 105, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Oddiel: Po, Vložka č.: 2699/B, organizačná zložka MetLife Europe Designated Activity Company, sídlo: Lower Hatch Street, On Hatch 20, Dublin, Írsko, zapísaná v Írskom Registri Spoločností v Dubline pod č. 415123 (ďalej len „**ME**“) a MetLife Europe Insurance d.a.c., pobočka poisťovne z iného členského štátu, sídlo: Pribinova 10, 811 09 Bratislava, Slovenská republika, právna forma: organizačná zložka podniku zahraničnej osoby, IČO: 47 257 091, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Oddiel: Po, Vložka č.: 2698/B, organizačná zložka MetLife Europe Insurance Designated Activity Company, sídlo: Lower Hatch Street, On Hatch 20, Dublin, Írsko, zapísaná v Írskom Registri Spoločností v Dubline pod č. 472350 (ďalej len „**MEI**“) (ME a MEI jednotlivo aj ako „**Poisťovateľ**“), ME a MEI v texte tiež my, naše, nám a pod., sa týmto zaväzuje poskytnúť Vám nižšie uvedené poistné krytie, pre ktoré ste oprávnený v súlade s nižšie uvedenými podmienkami, ustanoveniami, definíciami, výnimkami a obmedzeniami. Niektoré slová v tomto Prehľade poistného krytia majú špecifický význam. Sú vytlačené **hrubým písmom**

a sú vysvetlené v odstavci s názvom **POJMY**. Tento prehľad je neoddeliteľnou súčasťou Poistnej zmluvy, pričom v prípade rozporu Všeobecných poistných podmienok poistenia „Credit Life“, Osobitných poistných podmienok pre pripoistenie pre prípad úplnej trvalej invalidity, Osobitných poistných podmienok pre pripoistenie pre prípad úplnej dočasnej invalidity a Poistných podmienok pre pripoistenie pre prípad nedobrovoľnej straty zamestnania s ustanoveniami Poistnej zmluvy alebo ustanoveniami Prehľadu poistného krytia, platia ustanovenia Poistnej zmluvy a Prehľadu poistného krytia.

1. POJMY

- a) **Zmluva alebo aj Zmluva o poskytovaní verejných služieb:** Zmluva o poskytovaní verejných služieb, ktorej predmetom je poskytovanie elektronických komunikačných služieb Poistníkom.
- b) **Vy, Váš a pod., tiež Poistený:** fyzická osoba uvedená v Prihláške do poistenia, ktorá je poistenou osobou, a na ktorú sa vzťahujú podmienky poistného krytia.
- c) **Deň začatia poistenia:** deň, ktorým začína Vaše poistné krytie podľa odseku 4.
- d) **Deň ukončenia poistenia:** deň, ktorým končí Vaše poistné krytie podľa odseku 4.
- e) **Prihláška do poistenia:** písomné vyhlásenie podpísané Vami, podpisom ktorého vyjadrujete svoj súhlas s právami a povinnosťami vyplývajúcimi z Poistnej zmluvy, z Poistných podmienok, ako aj tohto Prehľadu.
- f) **Osobitný súhlas s Poistením:** súhlas s právami a povinnosťami vyplývajúcimi z Poistnej zmluvy, z Poistných podmienok, ako aj tohto Prehľadu vyjadrený zaslaním krátkej textovej správy (ďalej aj „**sms správa**“) alebo telefonicky prostredníctvom predajnej alebo zákazníckej telefonической linky Poistníka.
- g) **Čakacia doba:** súvislé časové obdobie od dátumu vzniku Škodovej udalosti po vznik nároku na Poistné plnenie, najmenej počas ktorého musí Škodová udalosť nepretržite trvať.
- h) **Odkladná doba:** sa rozumie v Poistnej zmluve dohodnuté obdobie od začiatku poistenia, počas ktorého úplná trvalá

invalidita, úplná dočasná invalidita a/alebo nedobrovoľná strata zamestnania nie je považovaná za Poistnú udalosť.

- i) **Odkupná hodnota:** toto poistenie vrátane jednotlivých pripoistení nevytvára nárok na odkupnú hodnotu a nemá žiadnu súvislosť ani vzťah s dodatkovým ziskom Poistovateľa.
- j) **Oprávnená osoba:** oprávnenou osobou pre prípad straty života sa rozumie Poistník. Poistník bude jedinou a výlučnou osobou oprávnenou na prijatie Poistného plnenia z poistenia ÚTI, ÚDI a Straty zamestnania.
- k) **Škodová udalosť:** náhodná udalosť v Poistnej zmluve bližšie uvedená, s ktorou môže byť spojená povinnosť Poistovateľa poskytnúť Poistné plnenie.
- l) **Poplatok za poistenie:** vo výške 1 EUR za jedno mesačné poistné obdobie splatné spolu s úhradami za služby poskytované Poistníkom na základe Zmluvy/Zmlúv, ktoré bude Vami hradené na účet Poistníka v lehote splatnosti Vašej faktúry vystavenej Poistníkom.
- m) **Poistná udalosť:** náhodná udalosť v Poistnej zmluve bližšie uvedená, s ktorou je spojená povinnosť Poistovateľa poskytnúť Poistné plnenie.
- n) **Poistovateľ:** v závislosti od kontextu ME resp. MEI, ktoré s Poistníkom uzavreli Poistnú zmluvu. Pre vylúčenie pochybností platí, že ME je poistovateľom v rozsahu poistenia pre prípad smrti, s pripoistením pre prípad smrti následkom úrazu alebo choroby, vzniku úplnej trvalej invalidity a úplnej dočasnej invalidity, a MEI je poistovateľom v rozsahu poistenia pre prípad nedobrovoľnej straty zamestnania.
- o) **Práceschopnosť:** predstavuje úplnú dočasnú neschopnosť poisteného vykonávať akúkoľvek prácu alebo zamestnanie za finančnú odmenu, mzdu alebo zisk, ktorá vznikla v dôsledku úrazu alebo choroby. Za predpokladu, že sa ME a Poistník nedohodli inak, vznik a trvanie úplnej dočasnej invalidity môže uznať len lekár osobitne určený ME. Potvrdenia o uznaní práceschopnosti poisteného vydané pre účely sociálneho alebo zdravotného zabezpečenia neznamenia jej uznanie ME v zmysle tohto Prehľadu poistného krytia.
- p) **Úplná trvalá invalidita:** pokles schopnosti poisteného vykonávať zárobkovú činnosť, spôsobený úrazom alebo chorobou, pri ktorom je miera poklesu vyššia ako 70% v porovnaní so zdravou fyzickou osobou. Invalidita musí byť poistenému uznaná právoplatným rozhodnutím Sociálnej poisťovne, alebo inej štátnej inštitúcie oprávnenej na posudzovanie invalidity, v súlade s legislatívou platnou v Slovenskej republike.
- q) **Úplná dočasná invalidita („Práceschopnosť“ alebo „PN“):** doba počas ktorej poistený na základe rozhodnutia kvalifikovaného lekára dočasne nemôže vykonávať a ani nevykonáva svoje zamestnanie alebo samostatnú zárobkovú činnosť alebo inú pracovnú činnosť, ktorá je v rozpore s liečebným režimom stanoveným lekárom. Úplná dočasná invalidita začína dňom, ktorý je na Potvrdení o dočasnej pracovnej neschopnosti poisteného, vystavenom kvalifikovaným lekárom, uvedený ako dátum začiatku pracovnej neschopnosti a končí dňom predchádzajúcim dátumom ukončenia pracovnej neschopnosti uvedenom v tomto potvrdení.
- r) **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.

- s) **Zúčtovacie obdobie:** je pravidelne sa opakujúce obdobie, ktoré Vám Poistník priradil pri uzatvorení Zmluvy o poskytovaní verejných služieb a od prvého dňa ktorého Vám uskutočňuje odpočet poskytnutých elektronických komunikačných služieb (ďalej len „Služieb“). Zúčtovacie obdobie nepresahuje od dátumu prvého odpočtu poskytnutých Služieb 31 za sebou idúcich kalendárnych dní.

2. OPRÁVNENOSŤ K POISTENIU FAKTÚR

K Poisteniu faktúr ste oprávnený, ak ku dňu podpisu Prihlášky do poistenia alebo ku dňu vyjadrenia Osobitného súhlasu s Poistením prostredníctvom sms správy alebo telefonicky prostredníctvom predajnej alebo zákazníckej telefonической linky Poistníka splňate nasledovné podmienky: Mám viac ako 18 rokov a menej ako 65 rokov, nemám zdravotné problémy (predovšetkým netrpím žiadnou chronickou chorobou alebo akoukoľvek inou chorobou, ktorá môže viesť k smrti alebo úplnej trvalej invalidite) a neplánujem lekárske zákroky alebo operácie, ktorá by mala za následok práceneschopnosť dlhšiu ako 30 po sebe nasledujúcich dní a nepoberám starobný dôchodok, predčasný starobný dôchodok, výsluhový dôchodok alebo výsluhový príspevok, ak sa taký dôchodok alebo príspevok podľa príslušných právnych predpisov poskytuje alebo v prípade, že výsluhový dôchodok alebo výsluhový príspevok poberám, som súčasne zamestnaný. V priebehu posledných 24-och mesiacov som nebol práceneschopný po dobu dlhšiu ako 30 po sebe nasledujúcich dní a/ alebo hospitalizovaný po dobu viac ako 10 po sebe nasledujúcich dní. Zároveň, ak som fyzická osoba nepodnikateľ, prehlasujem že som zamestnaný u jedného zamestnávateľa na dobu neurčitú s najmenej 30 hodinovým pracovným týždňom počas posledných 12 po sebe nasledujúcich mesiacov, alebo u dvoch zamestnávateľov za tých istých podmienok nepretržite aspoň 24 mesiacov, nie som teda nezamestnaný, nie som vo výpovednej lehote a nie som si ani vedomý, že by mi hrozila nezamestnanosť a nebola mi daná výpoveď.

V prípade, že nespĺňate podmienku zamestnanosti na dobu neurčitú s najmenej 30 hodinovým pracovným týždňom počas posledných 12 po sebe nasledujúcich mesiacov, alebo u dvoch zamestnávateľov za tých istých podmienok nepretržite aspoň 24 mesiacov, Poistenie faktúr vznikne s tým, že budete v plnom rozsahu poistený pre prípad straty života, pre prípad úplnej trvalej invalidity z dôvodu choroby alebo úrazu a pre prípad úplnej dočasnej invalidity. Pripoistenie pre prípad nedobrovoľnej straty zamestnania vznikne najskôr dňom kedy splníte uvedené podmienky zamestnanosti.

K Poisteniu faktúr ste ďalej oprávnený, ak ku dňu podpisu Prihlášky do poistenia alebo ku dňu potvrdenia vzniku Poistenia Poistníkom formou SMS správy alebo telefonicky prostredníctvom predajnej alebo zákazníckej telefonической linky Poistníka v prípade vyjadrenia Osobitného súhlasu s Poistením ste sa oboznámili s týmto Prehľadom poistného krytia, Všeobecnými poistnými podmienkami „CREDIT LIFE“,

Osobitnými poistnými podmienkami pre pripoistenie pre prípad úplnej trvalej invalidity „CREDIT LIFE“, Osobitnými poistnými podmienkami pre pripoistenie pre prípad úplnej dočasnej invalidity „CREDIT LIFE“ a Poistnými podmienkami pre pripoistenie pre prípad nedobrovoľnej straty zamestnania „CREDIT LIFE“ (spolu ako „Poistné podmienky“).

3. PREHLÁD POISTNÉHO KRYTIA A POISTNÉHO PLNENIA

Poistovateľ poskytuje nasledovné poistné krytie:

- Poistenie pre prípad straty života z dôvodu choroby alebo úrazu,
- Pripoistenie pre prípad úplnej trvalej invalidity z dôvodu choroby alebo úrazu s čakacou dobou 12 mesiacov,
- Pripoistenie pre prípad úplnej dočasnej invalidity, z dôvodu choroby s čakacou dobou 90 kalendárnych dní a odkladnou dobou 90 kalendárnych dní, a z dôvodu úrazu s čakacou dobou 90 kalendárnych dní,
- Pripoistenie pre prípad nedobrovoľnej straty zamestnania s čakacou dobou 90 kalendárnych dní a odkladnou dobou 90 kalendárnych dní.

V prípade, že nastane Poistná udalosť úplná trvalá invalidita z dôvodu choroby alebo úrazu, Poistovateľ vypláti Poistníkovi, a v prípade, že nastane Poistná udalosť strata života z dôvodu úrazu alebo choroby vypláti Poistovateľ Oprávnenej osobe, po preukázaní nároku v súlade s Poistnou zmluvou, Poistnými podmienkami a príslušnými ustanoveniami platných právnych predpisov, Poistné plnenie vo výške rovnajúcej sa 6-násobku priemernej výšky Vašej faktúry za Služby Vám poskytované Poistníkom na základe Zmluvy/Zmlúv za obdobie posledných 3 mesiacov pred vznikom Poistnej udalosti, maximálne však do výšky nasledovnej poistnej sumy:

- Pre prípad straty života z dôvodu choroby alebo úrazu do 1 200 EUR
- Pre prípad úplnej trvalej invalidity z dôvodu choroby alebo úrazu do 800 EUR

Akýkoľvek stav úplnej trvalej invalidity však môže uznať len lekár osobitne určený Poistovateľom.

V prípade, že nastane Poistná udalosť úplná dočasná invalidita alebo Poistná udalosť nedobrovoľná strata zamestnania, Poistovateľ vypláti Poistníkovi, po preukázaní nároku v súlade s Poistnou zmluvou, Prihláškou do poistenia, Poistnými podmienkami a príslušnými ustanoveniami platných právnych predpisov, Poistné plnenie vo výške rovnajúcej sa priemernej výške faktúry Poisteného za Služby Vám poskytované Poistníkom na základe Zmluvy/Zmlúv za obdobie posledných 3 mesiacov pred vznikom Poistnej udalosti po dobu trvania úplnej dočasnej invalidity alebo nedobrovoľnej straty zamestnania maximálne však po dobu 6 mesiacov, maximálne však do výšky nasledovnej poistnej sumy:

- Pre prípad úplnej dočasnej invalidity do 600 EUR
- Pre prípad nedobrovoľnej straty zamestnania do 600 EUR

4. KEDY ZAČÍNA A KEDY KONČÍ VAŠE POISTNÉ KRYTIE

Vaše poistné krytie začína 00.01 hodinou prvého dňa Vášho Zúčtovacieho obdobia nasledujúceho po podpísaní Prihlášky

do poistenia alebo Zúčtovacieho obdobia nasledujúceho po potvrdení vzniku Poistenia Poistníkom formou SMS správy alebo telefonicky prostredníctvom zákazníckej alebo predajnej telefonической linky Poistníka v prípade vyjadrenia Osobitného súhlasu, ktorým ste vyjadrili svoj súhlas s právami a povinnosťami vyplývajúcimi z Poistnej zmluvy, Poistných podmienok ako aj tohto Prehľadu.

Vaše Poistenie faktúr zaniká z nasledovných dôvodov:

- a) dňom zániku Vašej Zmluvy o poskytovaní verejných služieb, ak máte uzatvorené viaceré Zmluvy o poskytovaní verejných služieb Poistenie faktúr zaniká zánikom poslednej z nich;
- b) do 3 mesiacov odo dňa začatia poistenia, pokiaľ ste neuhradil(a) úhrady za Služby Poistníkovi podľa príslušnej Zmluvy /Zmlúv, a to sčasti alebo úplne alebo v prípade, že ste Poistné splatné spolu s úhradami za služby poskytované Poistníkom na základe Zmluvy/Zmlúv neuhradili a to sčasti alebo úplne aspoň za 3 Poistné obdobia (Zúčtovacie obdobia), ktoré nemusia byť za sebou nasledujúce, a to posledným dňom tretieho neuhradeného Poistného obdobia (Zúčtovacieho obdobia);
- c) na 30ty deň odkedy Vám bude prerušené poskytovanie elektronických komunikačných služieb Poistníkom v zmysle Zmluvy o poskytovaní verejných služieb z dôvodu neuhrádzania Vašej splatnej faktúry;
- d) dňom Vašej smrti alebo dňom vzniku Poistnej udalosti úplná trvalá invalidita z dôvodu choroby alebo úrazu; za deň vzniku Poistnej udalosti úplná trvalá invalidita z dôvodu choroby alebo úrazu sa považuje deň uznania úplnej trvalej invalidity Poistovateľom;
- e) posledným dňom Zúčtovacieho obdobia, v ktorom dovŕšite 65 rokov života;
- f) posledným dňom Zúčtovacieho obdobia, v ktorom začnete poberať starobný dôchodok, predčasný starobný dôchodok, výsluhový dôchodok alebo výsluhový príspevok, ak sa taký dôchodok alebo príspevok podľa príslušných právnych predpisov poskytuje, pričom ak začnete poberať výsluhový dôchodok alebo výsluhový príspevok nebudete zamestnaný(á);
- g) vyplatením maximálnej Poistnej sumy pre ktorékoľvek z Pripoistení;
- h) odstúpením od Poistenia faktúr zo strany Poistovateľa v súlade s § 802 ods. 1 Občianskeho zákonníka;
- i) odmietnutím plnenia zo strany Poistovateľa v súlade s §802 ods. 2 Občianskeho zákonníka;
- j) výpoveďou Vášho Poistenia faktúr zo strany Poistníka podľa § 800 Občianskeho zákonníka;
- k) na základe žiadosti Poisteného doručenej Poistníkovi, pričom Poistenie faktúr v takom prípade zaniká uplynutím posledného dňa Zúčtovacieho obdobia, v ktorom bola žiadosť Poisteného doručená Poistníkovi za podmienky, že bola doručená Poistníkovi najneskôr dva pracovné dni pred koncom Zúčtovacieho obdobia; v prípade, že bola žiadosť doručená Poistníkovi menej ako dva pracovné dni pred koncom zúčtovacieho obdobia zanikne Poistenie v zmysle toho bodu Zmluvy najneskôr posledným dňom nasledujúceho Zúčtovacieho obdobia;
- l) v prípade vyjadrenia Osobitného súhlasu s Poistením formou SMS správy alebo telefonicky prostredníctvom zákazníckej alebo predajnej telefonической linky Poistníka

Vaším písomným odstúpením od Poistenia faktúr v lehote do 30 kalendárnych dní odo dňa potvrdenia prijatia Vášho Osobitného súhlasu s Postením zo strany Poistníka formou potvrdzujúcej SMS správy alebo od potvrdenia vzniku Poistenia telefonickou formou;

m) ďalšími spôsobmi uvedenými na inom mieste Poistnej zmluvy alebo stanovenými zákonom. Vaše Poistenie faktúr zanikne v dôsledku tej zo skutočností uvedených vyššie, ktorá nastane ako prvá.

5. PLATENIE POISTNÉHO

V prípade vyjadrenia súhlasu prostredníctvom Prihlášky do poistenia, alebo prostredníctvom Osobitného súhlasu ste po dobu trvania Vášho Poistenia faktúr povinný platiť Poplatok za poistenie, ktorý je splatný spolu s úhradami za Služby na základe Zmluvy/Zmlúv o poskytovaní verejných služieb hradené na účet Orange Slovensko, a.s. v lehote splatnosti Vašej faktúry vystavenej spoločnosťou Orange Slovensko, a.s..

Poplatok za poistenie sa platí počnúc prvou mesačnou úhradou za Služby poskytované Poistníkom na základe Zmluvy/Zmlúv po Dni začatia Poistenia, ako aj každou ďalšou mesačnou úhradou za služby poskytované Poistníkom na základe Zmluvy/Zmlúv.

6. VÝLUKY Z POISTENIA FAKTÚR

Výluky z poistenia sú uvedené v Poistných podmienkach.

7. RIEŠENIE ŠKODOVÝCH UDALOSTÍ

7.1 Hlásenie o Škodovej udalosti

Hlásenie o Škodovej udalosti je akceptované Poisťovateľom iba v prípade, že ste boli v čase Škodovej udalosti krytý Poistením faktúr, ktoré je uvedené v tomto Prehľade poistného krytia. V záujme vyplatenia Poistného plnenia ste povinný okamžite informovať Poisťovateľa o Vašej Škodovej udalosti.

Hlásenie o poistnej udalosti je akceptované Poisťovateľmi iba v prípade, že ste boli v čase poistnej udalosti krytý poistením ktoré je predmetom tohto Prehľadu poistného krytia. V záujme vyplatenia poistného plnenia ste povinný okamžite informovať ME o Vašej úplnej trvalej/ úplnej dočasnej invalidite. O úmrtí je povinný okamžite informovať Poisťovateľa manžel/ka Poisteného, ak ho/jej niet, deti Poisteného, ak ich niet, rodičia Poisteného, a ak ich niet, osoby, ktoré žili s Poisteným po dobu najmenej jedného roka pred jeho smrťou v spoločnej domácnosti, a ktoré sa z toho dôvodu starali o spoločnú domácnosť alebo boli odkázané výživou na Poisteného, a ak niet ani týchto osôb, dedičia Poisteného (ďalej len „Blízka osoba“), prípadne MEI o Vašej nedobrovoľnej strate zamestnania.

Pri každom hlásení Škodovej udalosti ste Vy alebo Blízka osoba povinný(á) predložiť:

- a) všetky lekárske správy týkajúce sa ochorenia/úrazu Poisteného, ktoré sú dôvodom hlásenia o poistnej udalosti; uvedené neplatí pre prípad Škodovej udalosti nedobrovoľná strata zamestnania,
- b) meno a presnú adresu (podľa možnosti aj telefón) Vášho ošetrojúceho lekára, ktorý má k dispozícii Vašu zdravotnú dokumentáciu; uvedené neplatí pre prípad Škodovej udalosti nedobrovoľná strata zamestnania,

- c) kontaktnú adresu príslušného policajného oddelenia, prípadne telefón a meno vyšetrovateľa, ak bola Škodová udalosť vyšetrovaná políciou,
- d) meno kontaktnej osoby, adresa a telefón, prípadne e-mail.

V prípade smrti poisteného navyše Blízka osoba predkladá:

- a) úradne overenú kópiu úmrtného listu Poisteného,
- b) kópiu Listu o prehliadke mŕtveho Poisteného,
- c) kópiu záverečnej lekárskej správy, ak Poistený zomrel v zdravotníckom zariadení.

V prípade úplnej trvalej invalidity navyše ste povinný predložiť:

- a) lekársku správu detailne popisujúcu Váš zdravotný stav,
- b) dôkaz o Vašom riadnom zamestnaní v deň úrazu alebo v prvý deň choroby, ktoré boli príčinou Vašej úplnej trvalej invalidity,
- c) kópiu Rozhodnutia a kópiu Lekárskej správy zo Sociálnej poisťovne, na základe ktorej Vám bola priznaná invalidita.

V prípade úplnej dočasnej invalidity navyše ste povinný predložiť:

- a) potvrdenie od Vášho lekára o tom, kedy invalidita začala, o jej príčinách, predpokladanom trvaní,
- b) kópiu potvrdenia o trvaní úplnej dočasnej invalidity,
- c) kópiu oznámení o úhrade dávok dôchodkového poistenia alebo iných sociálnych dávok, ktoré dostávate v súvislosti s Vašou invaliditou od jej začiatku a:
- d) ak ste zamestnaný: kópiu pracovnej zmluvy a potvrdenie od Vášho zamestnávateľa potvrdzujúce skutočnosť, že nevykonávate prácu v dôsledku Vašej ÚDI; alebo:
- e) ak ste podnikajúca fyzická osoba: kópiu dokladu o oprávnení podnikáť a Vašej poslednej úhrady dávok sociálneho poistenia a dane z príjmu.

V prípade nedobrovoľnej straty zamestnania navyše predkladáte:

- a) kópiu Vašej pracovnej zmluvy potvrdzujúcej, že ste bol i naposledy zamestnaný na dobu neurčitú (pri ďalších poistných udalostiach môže byť aj na dobu určitú) u jedného zamestnávateľa v súkromnom alebo verejnom sektore s najmenej 30 hodinovým týždenným pracovným časom počas posledných 12 po sebe nasledujúcich mesiacov alebo u dvoch zamestnávateľov za tých istých podmienok nepretržite aspoň 24 mesiacov,
- b) kópiu výpovede danej Vám zamestnávateľom s uvedením jej dôvodu (iba § 63 ods. 1 písm. a) až c) Zákonníka práce),
- c) kópiu príslušného potvrdenia o Vašom zaradení do evidencie nezamestnaných na príslušnom úrade práce,
- d) kópiu príslušného rozhodnutia o tom, že Vám bola priznaná podpora v nezamestnanosti alebo iné dávky sociálneho charakteru štátnej sociálnej podpory nahrádzajúce podporu v nezamestnanosti,
- e) Vaše čestné prehlásenie, že ste neodmietli inú vhodnú prácu, resp. zamestnanie ponúknuté Vám Vaším posledným zamestnávateľom, že Vaším posledným zamestnávateľom nebola Vám blízka osoba, že ste neboli jeho väčšinovým akcionárom, ani členom predstavenstva alebo členom dozornej rady.

7.2 Formuláre pre Škodovú udalosť a dokazovanie

Nezabudnite prosím, že Škodová udalosť musí byť nahlásená Poistovateľom bezodkladne, najneskôr do 90 dní od vzniku Škodovej udalosti. V prípade, že poistná udalosť bude nahlásená neskôr, vyhradzuje si odmietnúť poistné plnenie alebo ju posudzovať ako keby začala až v období, keď bola nahlásená. Po obdržaní hlásenia o Škodovej udalosti spolu s požadovanými dokladmi Vám v prípade potreby Poistovateľ zašle na vyplnenie Formuláre pre Škodovú udalosť. Žiadame Vás, aby ste potrebné doklady pre každé ďalšie obdobie 30 dní, počas ktorých **PN/NSZ** naďalej trvá zaslali ME/MEI, aby sme mohli pokračovať v platbách. Poistený je povinný bezodkladne informovať ME o ukončení práceneschopnosti predložením kópie lekárskeho potvrdenia o ukončení práceneschopnosti. Poistený je povinný bezodkladne informovať MEI o ukončení nezamestnanosti predložením kópie vyradenia z evidencie uchádzača o zamestnanie.

Poistovateľ má právo kedykoľvek v priebehu obdobia výplaty Poistného plnenia žiadať poisteného o absolvovanie zdravotnej prehliadky u lekára určeného Poistovateľom. Poistovateľ má právo pred vyplatením Poistného plnenia žiadať Poisteného o absolvovanie zdravotnej prehliadky u lekára určeného Poistovateľom, ak je to v priebehu šetrenia Škodovej udalosti potrebné alebo žiadať Poisteného, aby podstúpil krvný test, vrátane testu HIV ako nevyhnutnú podmienku pre vyplatenie Poistného plnenia.

Náklady spojené s vydaním potvrdení o invalidite, dočasnej pracovnej neschopnosti a súvisiacimi lekáskymi vyšetreniami znáša Poistený. Poplatky za notára alebo iné náklady, ktoré súvisia s akoukoľvek výplatou zo Zmluvy, znáša osoba, ktorej sa poistné plnenie vypláca.

Poistovateľ má právo na všetky doklady uvedené v bode 7.1 a 7.2 tohto Prehľadu, ako aj z nich vyplývajúce informácie, ktoré si Poistovateľ vyžiada, a to aj opakovane, najmä ak je to nevyhnutné pre účely posúdenia vzniku nároku na Poistné plnenie najmä v prípade Škodovej udalosti nedobrovoľná strata zamestnania alebo úplná dočasná invalidita.

8. OCHRANA OSOBNÝCH ÚDAJOV

Podmienky a rozsah spracúvania osobných údajov sú špecifikované vo Vašej Prihláške do poistenia a riadia sa príslušnými právnymi predpismi, vrátane nariadenia Európskeho parlamentu a Rady č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) v spojení so zákonom č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov v platnom znení.

9. VŠEOBECNE

Úplné znenie Poistných podmienok a Poistnej zmluvy sú k Vašej dispozícii na www.orange.sk/metlife