

Hypoteční banka, a.s., člen holdingu ČSOB  
Radlická 333/150, Radlice  
150 57 Praha 5, IČ: 13584324  
zapsána v OR vedeném u MS v Praze, oddíl B, vložka 3511  
tel: **800 050 277**  
[www.hypotecnibanka.cz](http://www.hypotecnibanka.cz)  
(dále jen „pojistník“ nebo „Banka“)

ČSOB Pojišťovna, a. s., člen holdingu ČSOB  
Masarykovo náměstí 1458, Zelené Předměstí  
530 02 Pardubice  
IČO: 45534306, DIČ: CZ699000761  
Zapsána v OR u KS Hradec Králové, oddíl B, vložka 567  
tel.: **466 100 777**, fax: 467 007 444,  
[www.csobpoj.cz](http://www.csobpoj.cz), e-mail: [info@csobpoj.cz](mailto:info@csobpoj.cz)  
(dále jen „pojistitel“ nebo „ČSOB Pojišťovna“)

## Dotazník zájemce o Pojištění hypotéky

Váš zájem o Pojištění hypotéky nás těší. Před jeho sjenáním s však s Vámi potřebujeme vyplnit tento dotazník. Pojištění hypotéky je skupinovým pojištěním – můžete tak být pojištěn na základě pojistné smlouvy uzavřené mezi Bankou (pojistníkem) a ČSOB Pojišťovnou (pojistitelem), a to sjednáním Přihlášky k pojištění mezi Vámi a Bankou. Před sjednáním Přihlášky k pojištění Vám předáme také všechny předmluvní informace k pojištění, které máte již teď k dispozici na [www.hypotecnibanka.cz](http://www.hypotecnibanka.cz), případně na pobočkách či u obchodních partnerů pojistníka.

Pokud Vám nebude v tomto cokoliv jasné, rádi Vám pomůžeme.

Zájemce o vstup do pojištění (dále jen „pojištěný“)

Jméno a příjmení: .....

Rodné číslo (datum narození): .....

Číslo pojistné smlouvy: 1900471340

### I. SOUHLASY ZÁJEMCE SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Pro poskytnutí služby Pojištění hypotéky budeme potřebovat některé Vaše osobní údaje, včetně o Vašem zdravotním stavu. Požádali bychom Vás proto o Vaše následující souhlasy s jejich zpracováním:

1. V souladu s ustanovením čl. 9 Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) (dále jen „GDPR“) uděluji souhlas se zpracováním údajů o svém zdravotním stavu, coby zvláštní kategorie osobních údajů, a to pojistiteli a smluvnímu zajišťovateli pojištětele za účelem provozování pojišťovací činnosti nebo zajišťovací činnosti a pojistníkovi za účelem plnění závazků z pojistné smlouvy, na základě které mám být pojištěn.
2. V souladu s ustanovením § 2828 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů, uděluji pojistiteli souhlas se získáváním údajů o svém zdravotním stavu, se zjišťováním a přezkoumáváním svého zdravotního stavu nebo příčiny své smrti, a to od ošetřujících lékařů a zdravotnických zařízení, jsou-li pro to důvody související:
  - a) s určením výše pojistného rizika, nebo
  - b) se šetřením pojistné události.
3. V souladu s ustanovením § 128 odst. 1 zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, uděluji pojistiteli souhlas s poskytnutím informací týkajících se pojištění členům skupiny ČSOB, jejichž seznam je uveden na [www.csob.cz/skupina](http://www.csob.cz/skupina).

**Poskytnutí výše uvedených souhlas je podmínkou poskytnutí služby. Tedy máte právo nám kterýkoliv z těchto souhlasů neudělit, v takovém případě Vám ale bohužel nebudeme moci službu Pojištění hypotéky poskytnout.**

## II. OSOBNÍ DOTAZNÍK

Před sjednáním služby Pojištění hypotéky je naší povinností přiměřeně zjišťovat Vaše požadavky, cíle a potřeby v oblasti pojištění. Rozumíme, že důvodem Vašeho zájmu o Pojištění hypotéky je řešení rizika nesplácení Vašeho hypotečního úvěru při nenadálých životních situacích. I tak bychom se potřebovali ujistit o několika následujících otázkách:

1. Dověřil jste věk 55 let nebo pobíráte starobní či invalidní důchod (jakéhokoliv stupně)?  
ANO  NE
2. Je pro Vás nedostačující částka 5.000.000,- Kč jako maximální možný limit jednorázového pojistného plnění (splacení celého nebo části úvěru, příp. všech Vašich pojištěných úvěrů) a částka 50.000,- Kč měsíčně jako maximální možný limit opakovaného pojistného plnění (měsíční splátka úvěru, příp. všech Vašich pojištěných úvěrů)?  
ANO  NE
3. Je pro Vás zásadním nedostatkem uvažovaného pojištění omezení či vyloučení pojistného plnění (tzv. pojistné výluky) v souvislosti s vybranými zvláště rizikovými činnostmi (např. profesionální sport, motosport, účast v ozbrojených konfliktech) a vybranými profesemi se zvýšeným rizikem úrazu (např. některé dělnické a remeslné profese, práce ve výškách, práce v nebezpečných provozech)? (V případě potřeby Vám podrobnosti k výlukám rádi poskytneme.)  
ANO  NE

Pokud je Vaší **odpovědí na některou z uvedených otázek ANO**, pojištění hypotéky pro Vás zřejmě není vhodným produktem. Další otázky tak nemusíte zodpovídat a možnost sjednání Pojištění hypotéky Vám dále nebudeme nabízet (ledaže bychom s Vámi v případě Vašeho zájmu Vaše cíle a potřeby v oblasti pojištění dále diskutovali podrobněji).

Pokud je Vaší **odpovědí na všechny předchozí otázky NE**, prosíme ještě o zodpovězení následujících otázek pro upřesnění Vašich potřeb v oblasti pojištění:

4. Způsobil by Vám nečekaný výpadek Vašeho pravidelného příjmu v délce 6 měsíců významné obtíže se splácením Vašeho hypotečního úvěru a placením jiných nezbytných výdajů?  
 rozhodně ANO     spíše ANO     spíše NE     rozhodně NE
5. Je jiná, Vám blízká, osoba závislá na Vašem pravidelném příjmu a řádném splácení Vašeho hypotečního úvěru?  
 rozhodně ANO     spíše ANO     spíše NE     rozhodně NE
6. Jste v současnosti bez pojištění, které by krylo alespoň některá z rizik: smrti nebo invalidita 3. stupně v důsledku nemoci nebo úrazu, pracovní neschopnost v důsledku nemoci nebo úrazu, ztráta příjmu, a to alespoň v rozsahu postačujícím k úhradě závazků z Vašeho hypotečního úvěru?  
 rozhodně ANO     spíše ANO     spíše NE     rozhodně NE

**Doporučení Pojistníka vyplývající z odpovědí na otázky 4 – 6 Osobního dotazníku:**

.....  
.....

### III. ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK POJISTITELE

Pro sjenání služby Pojištění hypotéky je nezbytné, abyste odpověděl také na níže uvedené otázky o Vašem zdravotním stavu a způsobu výkonu povolání. V souladu s § 2788 občanského zákoníku jste povinen/povinna na tyto otázky odpovědět pravdivě a úplně. Pokud byste na některou z nich odpověděl nepravdivě, může to být důvodem k našemu odmítnutí sjednat s Vámi pojištění, k Vašemu odhlášení z pojištění nebo k odmítnutí výplaty pojistného plnění pojistitelem.

	ANO	NE
<b>1. Léčíte se nebo jste se v posledních 10 letech léčil/a u odborného lékaře s některým z uvedených onemocnění?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) onemocnění srdce, cév, krve, vysoký krevní tlak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) cukrovka, dna, zvýšená funkce štítné žlázy, ateroskleróza, porucha metabolismu tuků	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) chronické onemocnění dolních cest dýchacích nebo plic, astma těžkého stupně, chronická bronchitida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) onemocnění jater ( <i>vyjma vyléčené žloutenky typu A</i> ), střev ( <i>vyjma zánětu slepého střeva</i> ), žaludku ( <i>vyjma vyléčených žaludečních nebo dvanácterníkových vředů, gastroezofageálního refluxu I.-II. hiátové hernie</i> ), ledvin ( <i>vyjma ledvinových kamenů</i> ), slinivky břišní	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) psychiatrické onemocnění včetně jakékoliv závislosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) degenerativní změny páteře, onemocnění meziobratlových plotének, Bechtěrevova nemoc, Scheuermannova nemoc, zánětlivá onemocnění páteře, artróza, vrozené onemocnění pohybového aparátu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) autoimunitní systémové onemocnění, revmatoidní artritida, lupus, myasthenia gravis, roztroušená skleróza, psoriatická artritida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) neurologické onemocnění mozku, míchy, periferních nervů, epilepsie ve sledování neurologa, cévní mozková příhoda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) zhoubné nádorové onemocnění	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Jste v současné době v pracovní neschopnosti pro některé výše uvedené onemocnění? Nebo jste byl/a v posledních 3 letech pro některé z výše uvedených onemocnění více než 5 týdnů nepřetržitě v pracovní neschopnosti nebo Vám byla lékařem z důvodu tohoto onemocnění pracovní neschopnost doporučena?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Jste nebo byl/a jste v minulosti invalidní, ať jde o jakýkoliv druh, resp. stupeň invalidity?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pokud máte zájem o Pojištění hypotéky ve variantě Pro práci, potřebujeme zodpovědět ještě tuto otázku:

**4. Je Váš příjem výhradně ze zaměstnání v pracovním nebo služebním poměru sjednaném na dobu určitou kratší než jeden rok?**

Nebo je Váš příjem výhradně ze zaměstnání v pracovním nebo služebním poměru na dobu neurčitou a zároveň

- **jste ve zkušební době**, nebo

- jste dal/a nebo vám **byla dána výpověď** z tohoto pracovního poměru, nebo

- jste uzavřel/a se zaměstnavatelem **dohodu o skončení** tohoto pracovního poměru nebo

- jste podal/a **žádost o skončení** tohoto služebního poměru, nebo

- vám bylo doručeno rozhodnutí, na základě kterého vám tento služební poměr skončí?

Pokud je Vaší **odpovědí na některou z otázek Zdravotního dotazníku pojistitele** (či na otázku o Vašem pracovním poměru, pokud se Vás týká) **ANO, nemůžeme s Vámi Pojištění hypotéky sjednat**. V takovém případě pro Vás může být řešením sjednání individuálního životního pojištění – pokud Vás tato možnost zajímá, můžete se obrátit na Vašeho pojišťovacího poradce.

#### IV. PROHLÁŠENÍ ZÁJEMCE O POJIŠTĚNÍ

1. Prohlašuji, že jsem pravdivě a úplně odpověděl na všechny otázky pojistitele v části III tohoto dotazníku.
2. Prohlašuji, že jsem pravdivě a úplně odpověděl na všechny otázky pojistníka v části II tohoto dotazníku a beru na vědomí, že v případě nepravdivých odpovědí mi nemuselo být poskytnuto správné doporučení týkající se vhodnosti pojištění.
3. Prohlašuji a svým podpisem níže stvrzuji, že
  - a) jsem byl před podpisem tohoto prohlášení, zcela v souladu s ustanovením čl. 13 a čl. 14 GDPR, pojistníkem řádně a detailně (co do vysvětlení obsahu a významu všech jejich jednotlivých ustanovení) seznámen s Informacemi o zpracování osobních údajů (tzv. Informačním memorandumem);
  - b) beru na vědomí a jsem srozuměn s informací pojistníka o tom, že Informační memorandum je a bude pojištěnému k dispozici na webových stránkách pojistitele, [www.csobpoj.cz](http://www.csobpoj.cz), případně pojistníka, [www.hypotecnibanka.cz](http://www.hypotecnibanka.cz), či na kterémkoliv jejich obchodním místě.

#### Plná moc pro pojistitele

Pojištěný svým níže uvedeným podpisem uděluje Pojistiteli v souladu s občanským zákoníkem plnou moc k tomu, aby ve věcech souvisejících s Pojištěním hypotéky, zejména v případě pojistné události, jednal jeho jménem, zastupoval jej a požadoval nezbytné informace od orgánů veřejné moci (např. policie, správních orgánů) nebo třetích osob (např. zdravotních pojišťoven), včetně možnosti nahlížet do spisů a pořizovat z nich výpisy či opisy.

**Potvrzuji, že ke svému hypotečnímu úvěru mám zájem sjednat si Pojištění hypotéky konkrétně v této variantě krytí pojistných rizik a s tímto rozsahem pojištění:**

<b>PRO JISTOTU</b>	<b>tj. pro případ smrti nebo invalidity 3. stupně</b>	<input type="checkbox"/>
<b>PRO ZDRAVÍ</b>	<b>tj. pro případ smrti nebo invalidity 3. stupně a pro případ pracovní neschopnosti</b>	<input type="checkbox"/>
<b>PRO PRÁCI</b>	<b>tj. pro případ smrti nebo invalidity 3. stupně a pro případ ztráty příjmů</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Rozsah pojištění pro riziko Smrt nebo invalidita (v procentech jistiny hypotečního úvěru):</b>		<input type="text"/> %

dne: .....

.....  
PODPIS OVĚŘENÝ PODLE POKYŇŮ BANKY