

Spoločnosť Orange Slovensko, a.s. uzatvorila Rámcovú poisťnú zmluvu so spoločnosťou Amslico poisťovňa – Alico, a.s., s účinnosťou od 1.11.2012 MetLife Amslico poisťovňa, a.s., 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. MetLife Amslico je súčasťou spoločnosti MetLife, Inc. za 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. Úplne znenie Poistných podmienok spoločnosti Amslico poisťovňa – Alico, a.s., ako aj samotnej Rámcovej poistnej zmluvy nájdete na www.orange.sk/amslico.

PREHLAD POISTNÉHO KRYTIA (ďalej aj „Prehľad“)

Poistenie „CREDIT LIFE“ s pripoistením pre prípad Straty života z dôvodu choroby alebo úrazu, pre prípad Úplnej trvalej invalidity, pre prípad Úplnej dočasnej invalidity a pre prípad Nedobrovoľnej straty zamestnania (ďalej aj „Poistenie faktúr“).

Tento Prehľad poistného krytia je súčasťou Rámcovej poistnej zmluvy č. 500.012 (ďalej aj „Poistná zmluva“) za účelom zabezpečenia úhrady nesplateného záväzku za služby poskytované spoločnosťou Orange Slovensko, a.s., so sídlom Prievozská 6/A, 821 09 Bratislava, IČO: 35 697 270, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, odd.: Sa, vložka č.: 1142/B (ďalej aj „Poistník“).

Tento prehľad poistného krytia bližšie charakterizuje poistenie pre prípad Straty života z dôvodu choroby alebo úrazu (ďalej aj „Strata života“), poistenie pre prípad Úplnej trvalej invalidity (ďalej aj „ÚTI“), poistenie pre prípad Úplnej dočasnej invalidity (ďalej aj „ÚDI“) a poistenie pre prípad Nedobrovoľnej straty zamestnania (ďalej aj „Strata zamestnania“), (spoločne ďalej aj „Poistenie faktúr“). Poistenie faktúr nie je miestne a časovo obmedzené.

Amslico poisťovňa – Alico, a.s., s účinnosťou od 1.11.2012 MetLife Amslico poisťovňa, a.s., 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. MetLife Amslico je súčasťou spoločnosti MetLife, Inc. (ďalej len „Poistovateľ alebo v texte tiež my, naše, nám a pod.“) sa týmto zaväzuje poskytnúť Vám nižšie uvedené poistné krytie, na ktoré ste oprávnený v súlade s nižšie uvedenými podmienkami, ustanoveniami, definíciami, výnimkami a/alebo obmedzeniami.

Poistná zmluva je uzavretá medzi Poistníkom a Poistovateľom.

Niektoré slová v tomto Prehľade majú špecifický význam. Sú vytlačené **hrubým písmom** a sú vysvetlené v odseku s názvom **POJMY**, alebo majú význam uvedený v Poistnej zmluve.

1. POJMY

- Zmluva alebo aj Zmluva o pripojení:** Zmluva o pripojení, ktorej predmetom je poskytovanie elektronických komunikačných služieb Poistníkom.
- 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.
- Deň začatia poistenia:** deň, ktorým začína Vaše poistné krytie podľa odseku 4.
- Deň ukončenia poistenia:** deň, ktorým končí Vaše poistné krytie podľa odseku 4.
- 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.
- 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.
- Čakacia doba:** súvislé časové obdobie od dátumu vzniku škodovej udalosti po vznik nároku na Poistné plnenie, najmenej počas ktorého musí škodová udalosť nepretržite trvať.
- 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.
- Poistné:** vo výške 1 EUR za jedno mesačné poistné obdobie splatné spolu s úhradami za služby poskytované Poistníkom na základe Zmluvy/Zmlúv, ktoré bude Vami hrazené na účet Poistníka v lehote splatnosti Vašej faktúry vystavenej Poistníkom.
- Zúčtovacie obdobie:** je pravidelne sa opakujúce obdobie, ktoré Vám Poistník priradil pri uzatvorení Zmluvy o pripojení 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.
- Odkupná hodnota:** toto poistenie vrátane jednotlivých pripoistení nevytvára nárok na odkupnú hodnotu a nemá žiadnu súvislosť ani vzťah s dodatkovým ziskom Poistovateľa.
- 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. Zaväzujem sa dočasne, až do skončenia Poistenia faktúr neuplatňovať vo vzťahu k Poistovateľovi práva na zmenu oprávnenej osoby s právom na Poistné plnenie pre prípad smrti podľa ustanovenia § 817 Občianskeho zákonníka v znení neskorších právnych predpisov.
- Škodová udalosť:** náhodná udalosť v Poistnej zmluve bližšie uvedená, s ktorou môže byť spojená povinnosť Poistovateľa poskytnúť Poistné plnenie.
- Poistná udalosť:** náhodná udalosť v Poistnej zmluve bližšie uvedená, s ktorou je spojená povinnosť Poistovateľa poskytnúť Poistné plnenie.

2. OPRAVNENOSŤ 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 spĺňate nasledovné podmienky:

Máte viac ako 18 rokov a menej ako 65 rokov, nemáte zdravotné problémy (predovšetkým netrpíte žiadnou chronickou chorobou alebo akoukoľvek inou chorobou, ktorá môže viesť k smrti alebo úplnej trvalej invalidite) a neplánujete lekársky zákrok alebo operáciu, ktorá by mala za následok práceneschopnosť dlhšiu ako 30 po sebe nasledujúcich dní a nepoberáte 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 poberáte, ste súčasne zamestnaný. V priebehu posledných 24-roch mesiacov ste neboli práceneschopný po dobu dlhšiu ako 30 po sebe nasledujúcich dní a/alebo hospitalizovaný po dobu viac ako 10 po sebe nasledujúcich dní. Zároveň, ak ste fyzická osoba nepodnikateľ, prehlasujete že ste 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 ste teda nezamestnaný, nie ste vo výpovednej lehote a nie ste si ani vedomý, že by Vám hrozila nezamestnanosť a nebola Vám daná výpoveď.

V prípade, že nespĺňate podmienku poistenia 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 Osobitnými poistnými podmienkami pre pripoistenie pre prípad nedobrovoľnej straty zamestnania „CREDIT LIFE“ (ďalej ako „Poistné podmienky“).

3. PREHLAD POISTNÉHO KRYTIA A POISTNÉHO PLNENIA

Poistovateľ poskytuje nasledovné poistné krytie:

- poistenie pre prípad straty života z dôvodu choroby alebo úrazu (ďalej aj „Pripoistenie“),
- poistenie pre prípad úplnej trvalej invalidity z dôvodu choroby alebo úrazu s čakacou dobou 12 mesiacov (ďalej aj „Pripoistenie“),
- poistenie pre prípad úplnej dočasnej invalidity (ďalej aj „Pripoistenie“),
 - z dôvodu choroby s čakacou dobou 90 kalendárnych dní a odkladnou dobou 90 kalendárnych dní,
 - z dôvodu úrazu s čakacou dobou 90 kalendárnych dní,
- poistenie pre prípad nedobrovoľnej straty zamestnania s čakacou dobou 90 kalendárnych dní a odkladnou dobou 90 kalendárnych dní(ďalej aj „Pripoistenie“).

V prípade, že nastane Poistná udalosť Úplná trvalá invalidita z dôvodu choroby alebo úrazu, Poistovateľ vyplatí Poistníkovi, a v prípade, že nastane Poistná udalosť strata života z dôvodu úrazu alebo choroby vyplatí 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:

- v prípade poistenia pre prípad straty života z dôvodu choroby alebo úrazu do 1 200 EUR
- v prípade poistenia pre prípad úplnej trvalej invalidity z dôvodu choroby alebo úrazu do 800 EUR

Akkoľvek 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 vyplatí 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:

- v prípade poistenia pre prípad úplnej dočasnej invalidity do 600 EUR
- v prípade poistenia 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 telefonickkej 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:

- dňom zániku Vašej Zmluvy o pripojení, ak máte uzatvorené viaceré Zmluvy o pripojení Poistenie faktúr zaniká zánikom poslednej z nich;
- do 3 mesiacov odo dňa začatia poistenia, pokiaľ ste neuhradil(a) úhrady za Služby Poistníkom podľa príslušnej Zmluvy /Zmlúv, a to šťastí alebo úplne alebo v prípade, že ste Poistné splatné spolu s úhradami za služby poskytované Poistníkom na základe Zmluvy/Zmlúv neuhradili a to šťastí 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);
- na 30ty deň odkedy Vám bude prerušené poskytovanie elektronických komunikačných služieb Poistníkom v zmysle Zmluvy o pripojení z dôvodu neuhrádzania Vašej splatnej faktúry;
- 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;
- posledným dňom Zúčtovacieho obdobia, v ktorom dovŕšite 65 rokov života;
- 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);
- vyplatením maximálnej Poistnej sumy pre ktorékoľvek z Pripojení;
- odstúpením od Poistenia faktúr zo strany Poistovateľa v súlade s § 802 ods. 1 Občianskeho zákonníka;
- odmietnutím plnenia zo strany Poistovateľa v súlade s § 802 ods. 2 Občianskeho zákonníka;
- vypovedou Vášho Poistenia faktúr zo strany Poistníka podľa § 800 Občianskeho zákonníka;
- 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;
- v prípade vyjadrenia Osobitného súhlasu s Poistením formou SMS správy alebo telefonicky prostredníctvom zákazníckej alebo predajnej telefonickkej linky Poistníka Vaším písomným odstúpením od Poistenia faktúr v lehote do 30 kalendárnych dní odo dňa potvrdenia prijatia Vášho Osobitného súhlasu s Poistením zo strany Poistníka formou potvrdzujúcej SMS správy alebo od potvrdenia vzniku Poistenia telefonickou formou;
- 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

5.1 V prípade vyjadrenia súhlasu prostredníctvom Prihlášky do poistenia, alebo prostredníctvom Osobitného súhlasu ste po dobu trvania Vášho Poistenia faktúr povinný platiť Poistné, ktoré je splatné spolu s úhradami za Služby na základe Zmluvy/Zmlúv o pripojení hradené na účet Orange Slovensko, a.s. v lehote splatnosti Vašej faktúry vystavenej spoločnosťou Orange Slovensko, a.s.

5.2 Poistné 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 Poistovateľom 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 Poistovateľa o Vašej Škodovej udalosti. O Vašom úmrtí je povinný okamžite informovať Poistovateľa manžel/manželka 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 vzhľadom na Poisteného, a ak niet ani týchto osôb, dedičia Poisteného (ďalej len „Blízka osoba“).

Škodovú udalosť hlásite na: MetLife Amslico poisťovňa, a.s., Oddelenie poistných udalostí, so sídlom Pribinova 10, 811 09 Bratislava.

- Pri každom hlásení o Škodovej udalosti ste Vy alebo Vaša Blízka osoba povinný(á) predložiť:
 - úradne overenú kópiu Vášho dokladu totožnosti (Občianskeho preukazu alebo iného dokladu preukazujúceho totožnosť) alebo Vášho rodného listu,
 - všetky lekárske správy týkajúce sa Vášho ochorenia/úrazu, ktoré sú dôvodom hlásenia o Škodovej udalosti; uvedené neplatí pre prípad Škodovej udalosti Nedobrovoľná strata zamestnania,
 - 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,
 - ak bola Škodová udalosť vyšetrovaná políciou – kontaktnú adresu príslušného policajného oddelenia, prípadne telefón a meno vyšetrovateľa,
 - kópiu Prihlášky do poistenia.

2. V prípade Straty života navyiac Blízka osoba predkladá:

- úradne overenú kópiu úmrtného listu,
 - kópiu Listu o prehladke mŕtveho,
 - kópiu záverečnej lekárskej správy, ak úmrtie nastalo v zdravotníckom zariadení.
- V prípade Úplnej trvalej invalidity navyiac ste povinný predložiť:
 - lekársku správu detailne popisujúcu Váš zdravotný stav,
 - dôkaz o Vašom riadnom zamestnaní v deň úrazu alebo v prvý deň choroby, ktoré boli príčinou Vašej úplnej trvalej invalidity,
 - kópiu Rozhodnutia a kópiu Lekárskej správy zo Sociálnej poisťovne, na základe ktorej Vám bola priznaná invalidita.
 - V prípade Úplnej dočasnej invalidity navyiac ste povinný predložiť:
 - potvrdenie od Vášho lekára o tom, kedy invalidita začala, o jej príčinách, predpokladanom trvaní,
 - kópiu potvrdenia o trvaní úplnej dočasnej invalidity,
 - kópiu oznámení o úhrade dávok dôchodkového poistenia alebo iných sociálnych dávok, ktoré dostávate v súvislosti s Vašou invaliditou od jej začiatku a:
 - ak ste zamestnaný: kópiu pracovnej zmluvy a potvrdenie od Vášho zamestnávateľa potvrdzujúce skutočnosť, že nevykonávate prácu v dôsledku Vašej ÚDI; alebo:
 - 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 navyiac predkladáte:
 - kópiu Vašej pracovnej zmluvy potvrdzujúcej, že ste boli 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.
 - kópiu výpovede danej Vám zamestnávateľom s uvedením jej dôvodu (iba § 63 ods. 1 písm. a) až c) Zákonníka práce)
 - kópiu príslušného potvrdenia o Vašom zaradení do evidencie nezamestnaných na príslušnom úrade práce
 - kópiu príslušného rozhodnutia o tom, že Vám bola priznaná podpora v nezamestnanosti alebo iné dávky sociálneho charakteru štátnej sociálnej podpory nahrádzajúce podporu v nezamestnanosti
 - 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

Po obdržaní hlásenia o Škodovej udalosti spolu s požadovanými dokladmi Vám v prípade potreby Poistovateľ zašle na vyplnenie Formuláre pre Škodovú udalosť. Tieto spolu s požadovanými dokumentmi doručíte Poistovateľovi bezodkladne od vzniku Škodovej udalosti. Poistovateľ si vyhradzuje právo požiadať o ďalšie doklady, ktoré sú nevyhnutné a potrebné na posúdenie príčin a okolností Škodovej udalosti, ktorá je predmetom hlásenia, a to aj opakovane, ako napríklad doklad o tom, že:

- poistné za Vaše Poistenie faktúr bolo riadne uhradené,
- spĺňate vekové podmienky Poistenia faktúr
- Poistná udalosť nespadá do výluk poistenia,
- všetky ďalšie podmienky platné pre toto Poistenie faktúr sú splnené.

Nezabudnite prosím, že Škodová udalosť musí byť nahlásená Poistovateľovi bezodkladne, najneskôr do 90 dní od vzniku Škodovej udalosti. V prípade, že Škodová udalosť bude nahlásená neskôr, vyhradzuje si právo odmietnuť Poistné plnenie alebo Škodovú udalosť posudzovať ako keby začala až v období, keď bola nahlásená. V prípade potreby môžeme požadovať predloženie ďalších nevyhnutných dôkazov o Vašej oprávnenosti nároku na poistné plnenie na Vaše náklady. Tak isto si vyhradzuje právo vykonať kedykoľvek lekársku prehladku na naše vlastné náklady. Akýkoľvek pokus o poskytnutie nepravdivých a/alebo neúplných informácií môže mať za následok ukončenie poistného krytia bez nároku na Poistné plnenie zo strany Poistovateľa.

Poistovateľ má právo kedykoľvek v priebehu obdobia výplaty Poistného plnenia žiadať poisteného o absolvovanie zdravotnej prehladky u lekára určeného Poistovateľom. Poistovateľ má právo pred vyplatením Poistného plnenia žiadať Poisteného o absolvovanie zdravotnej prehladky 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.

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. SPRACOVANIE OSOBNÝCH ÚDAJOV

Týmto beriete na vedomie, že Poistník a jeho poverení sprostredkovatelia sú na základe zákona č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov oprávnení získavať a spracúvať vo svojich informačných systémoch Vaše údaje, ktorými sú v prípade fyzickej osoby meno, priezvisko a dátum narodenia a v prípade fyzickej osoby – podnikateľa obchodné meno a IČO, na účely vyjadrenia súhlasu s Poistením a na účely fakturácie Poistného. Zároveň ako Poistený udelujete Poistníkovi oprávnenie poskytnúť a spracúvať osobné údaje v rozsahu meno, priezvisko, dátum narodenia/ obchodné meno a IČO, ako i údaj o výške Vašej priemernej fakturácie Poistovateľovi na účely plnenia povinnosti Poistovateľa z Poistnej zmluvy, najmä na Vašu identifikáciu ako Poisteného a na účel zisťovania výšky Poistného plnenia, ktoré bude Poistovateľ povinný plniť, ako aj na účel archivácie dokumentov súvisiacich s Poistením v zmysle príslušných právnych predpisov, a to na dobu vyplývajúcu z príslušných právnych predpisov.

9. VŠEOBECNE

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

Amslico poisťovňa – Alico, a.s., s účinnosťou od 1.11.2012 MetLife Amslico poisťovňa, a.s., Pribinova 10, 811 09 Bratislava, Slovenská republika, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Oddiel: Sa, Vložka č.:9/18/B, IČO 31 402 071. MetLife Amslico je súčasťou spoločnosti MetLife, Inc.