

VŠEOBECNÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

ze dne 1. 1. 2005

Úvodní ustanovení

1. Životní pojištění, které sjednává ČSOB Pojišťovna, a. s., člen holdingu ČSOB (dále jen „pojistitel“), se řídí příslušnými ustanoveními zákona č. 37/2004 Sb., o pojištění smlouvě a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o pojištění smlouvě“), a ustanoveními souvisejících právních předpisů, ujednáními pojištění smlouvy, těmito Všeobecnými pojišťovacími podmínkami pro životní pojištění (dále jen „VPP“) a případnými doplňkovými nebo zvláštními pojišťovacími podmínkami pojistitele pro daný pojišťovací produkt. Veškeré pojištění podmínky pojistitele vztahující se k pojištění sjednanému pojišťovací smlouvou jsou její nedílnou součástí.
2. V jedné pojištění smlouvě lze s životním pojištěním sjednat i další druhy pojištění osob. Pro ně pak kromě těchto VPP platí i pojištění podmínky příslušného druhu pojištění.
3. Pojištění, které se řídí těmito VPP, je pojištěním obnosovým.

Společná ustanovení

Článek 1 – Výklad pojmů

Tyto VPP vymezují následující pojmy:

Účastník pojištění – pojistitel a pojistník jakožto smluvní strany a dále pojištěný a každá další osoba, které z pojištění vzniklo právo nebo povinnost.

Pojistitel – ČSOB Pojišťovna, a. s., člen holdingu ČSOB.

Pojistník – fyzická nebo právnická osoba způsobilá k právním úkonům, která s pojistitelem uzavřela pojišťovací smlouvu a je povinna platit pojištění; je-li pojistníkem fyzická osoba, je nutnou podmínkou uzavření pojištění smlouvy její zletilost.

Pojištěný – fyzická osoba, na jejíž život nebo zdraví se pojištění vztahuje.

Oprávněná osoba – osoba, které v důsledku pojištění události vznikne právo na pojištění plnění. Oprávněnou osobou je pojištěný, není-li v pojištění smlouvě ujednáno jinak.

Obmyslený – osoba určená pojistníkem v pojištění smlouvě, které vznikne právo na pojištění plnění v případě smrti pojištěného. Není-li obmyslený pojistníkem v pojištění smlouvě určen, vznikne právo na pojištění plnění v případě smrti pojištěného osobám dle zákona o pojištění smlouvě.

Pojišťovací smlouva – pojišťovací smlouva je dvoustranný právní úkon, na základě kterého vzniká pojištění. Pojišťovací smlouva vymezuje podmínky pojištění. Odkazují-li pojištění podmínky na pojišťovací smlouvu, rozumí se pojišťovací smlouvou jak vlastní ujednání pojištění smlouvy, tak veškeré pojištění podmínky, které jsou v souladu s „Úvodními ustanoveními“ těchto VPP její nedílnou součástí.

Pojistka – písemné potvrzení pojistitele o uzavření pojištění smlouvy.

Pojištění obnosové – pojištění, jehož účelem je získání obnosu, tj. dohodnuté finanční částky v důsledku pojištění události, ve výši, která je nezávislá na vzniku nebo rozsahu škody.

Pojišťovací doba – doba, na kterou bylo pojištění sjednáno. Pojišťovací doba je časový interval vymezený počátkem a koncem pojištění (pojištění na dobu určitou) nebo pouze počátkem pojištění (pojištění na dobu neurčitou). Pojišťovací doba je vymezena v pojištění smlouvě.

Pojišťovací období – časové období dohodnuté v pojištění smlouvě, za které se platí běžné pojištění.

Pojištění – úplata za sjednané pojištění, jejíž výše je stanovena v pojištění smlouvě.

Běžné pojištění – pojištění stanovené za pojištění období.

Jednorázové pojištění – pojištění stanovené na celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno.

Pojišťovací událost – nahodilá skutečnost blíže označená v pojištění smlouvě, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojištění plnění. Za nahodilou se považuje taková skutečnost, která je možná a to není jisté, zda v době trvání pojištění vůbec nastane, nebo není známa doba jejího vzniku.

Pojištění plnění – plnění, které je pojistitel povinen poskytnout, nastala-li pojišťovací událost; pojistitel je povinen v souladu s obsahem pojištění smlouvy, a to buď ve formě jednorázové částky nebo opakovaného plnění (např. důchodu). Pojištění plnění je splatné dle zásad obsažených v čl. 8 těchto VPP.

Pojišťovací částka – částka, ze které se stanoví výše plnění v případě pojištění události v souladu se zněním pojištění smlouvy.

Hodnota pojištění – hodnota příslušné technické rezervy, včetně připsaných podílů na zisku – nestanoví-li pojišťovací smlouva jinak – náležející každému jednotlivému životnímu pojištění, z něhož se vyplácí pojištění plnění při dožití nebo u kterého vzniká nárok na odkupné. Stanoví se k určitému časovému okamžiku pojištění matematickými metodami.

Odkupné – část nespotřebovaného pojištění ukládaná pojistitelem jako technická rezerva vypočtená pojištění matematickými metodami k datu zániku pojištění. Odkupné pojistitel vyplácí při zániku pojištění, a to v případech blíže stanovených v pojištění smlouvě.

Sazebník administrativních poplatků a limitů (dále jen „sazebník“) – dokument pojistitele obsahující aktuální hodnoty administrativních poplatků a dalších limitů pro daný pojišťovací produkt; při stanovení konkrétní výše daného poplatku nebo limitu postupuje pojistitel v souladu s čl. 13 odst. 6 těchto VPP. Sazebník je k dispozici na všech obchodních místech pojistitele.

Článek 2 – Vznik a doba trvání pojištění

1. Pojištění vzniká na základě písemné pojištění smlouvy.
2. Jako písemné potvrzení o uzavření pojištění smlouvy vydá pojistitel pojistníkovi pojistku.
3. Dojde-li ke ztrátě, poškození nebo zničení pojistky, vydá pojistitel pojistníkovi na jeho žádost a náklady druhopis pojistky. Vystavením druhopisu pojistky pozbývá originál nebo již dříve vydané druhopisy platnosti.
4. Pojištění se sjednává na dobu vymezenou v pojištění smlouvě (pojišťovací doba).
5. Počátek pojištění je v 00:00 hodin dne sjednaného v pojištění smlouvě jako počátek pojištění.
6. Konec pojištění je v 24:00 hodin dne sjednaného v pojištění smlouvě jako konec pojištění, nezanikne-li pojištění v souladu s pojišťovací smlouvou dříve.
7. Pojištění se z důvodu nezaplacení pojištění během pojištění doby nepřerušuje.

Článek 3 – Pojištění

1. Výše pojištění a délka pojištění období jsou uvedeny v pojištění smlouvě. Běžné pojištění je splatné prvního dne pojištění období a jednorázové pojištění dnem počátku pojištění.
2. Není-li v pojištění smlouvě ujednáno jinak, považuje se pojištění za uhrazené dnem jeho připsání na pojistitellem určený účet vedený u peněžního ústavu a pod pojistitelem určeným variabilním symbolem. Předchází-li tento den dni splatnosti pojištění, považuje se pojištění za uhrazené až dnem jeho splatnosti.
3. Je-li výše pojištění závislá též na věku pojištěného, považuje se za jeho věk rozdíl mezi kalendářním rokem počátku pojištění a kalendářním rokem, v němž se pojištění narodil.
4. Pojistitel má právo na pojištění za dobu do zániku pojištění, na jednorázové pojištění má právo za celou pojišťovací dobu.
5. Nastala-li pojišťovací událost, v důsledku které pojištění zaniklo, náleží pojistiteli pojištění do konce pojištění období, v němž pojišťovací událost nastala; jednorázové pojištění náleží pojistiteli za celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno.

Článek 4 – Změny pojištění

1. Není-li v pojištění smlouvě nebo v obecně závazných právních předpisech stanoveno jinak, realizují se jakékoli změny týkající se pojištění již sjednaného včetně změn jeho rozsahu na základě vzájemné dohody smluvních stran. Dohoda mezi smluvními stranami musí mít písemnou formu, jinak je neplatná.

Článek 5 – Zánik pojištění

1. Pojištění zaniká:
 - a) uplynutím pojištění doby, není-li v pojištění smlouvě ujednáno jinak,
 - b) smrtí pojištěného, není-li v pojištění smlouvě ujednáno jinak,
 - c) písemnou dohodou smluvních stran; v dohodě musí být určen okamžik zániku pojištění a způsob vzájemného vyrovnání závazků,
 - d) dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojistitelem v upomínce k zaplacení pojištění nebo jeho části, doručené pojistníkovi, není-li v pojištění smlouvě ujednáno jinak,
 - e) odstoupením pojistníka nebo pojistitele od pojištění smlouvy ve smyslu zákona o pojištění smlouvě,
 - f) odmítnutím plnění ze strany pojistitele ve smyslu zákona o pojištění smlouvě,
 - g) výpovědí dle čl. 6 těchto VPP,
 - h) jiným způsobem uvedeným v pojištění smlouvě nebo v zákoně o pojištění smlouvě.
2. Veškerá pojištění sjednaná dle odst. 2 Úvodních ustanovení těchto VPP v jedné pojištění smlouvě s životním pojištěním zanikají nejpozději zánikem tohoto životního pojištění.

Článek 6 – Výpověď pojištění

1. Pojištění může vypovědět každá ze smluvních stran do dvou měsíců ode dne uzavření pojištění smlouvy. Výpovědní lhůta je osmdenní a počíná běžet dnem doručení písemné výpovědi druhé smluvní straně. Jejím uplynutím pojištění zaniká.
2. Pojistník dále může pojištění, u kterého je sjednáno běžné pojištění, písemně vypovědět ke konci každého pojištění období. Výpověď musí být dána alespoň šest týdnů

před jeho uplynutím. Pojištění za jednorázové pojištění může pojistník kromě výpovědi dle odst. 1 tohoto článku písemně vypovědět k poslednímu dni každého kalendářního měsíce. Výpověď musí být podána alespoň šest týdnů před dnem, k němuž je uplatňována.

3. Pojištění může být vypovězeno i v dalších případech uvedených v zákoně o pojištění smlouvě.
4. Vznikl-li již k datu zániku pojištění výpověď dle odst. 1 až 3 tohoto článku nárok na odkupné a dá-li pojištěný, není-li shodný s pojistníkem, souhlas k vyplacení odkupného, vyplácí pojistitel pojistníkovi odkupné. Nevzniká-li nebo nevznikl-li u pojištění ještě nárok na odkupné, zaniká pojištění bez náhrady.

Článek 7 – Odkupné

1. Podmínky vzniku nároku na odkupné stanoví pojistitel v pojišťovacích podmínkách pro daný pojišťovací produkt.

Článek 8 – Plnění z pojištění

1. Není-li v pojištění smlouvě ujednáno jinak, pojištění se vztahuje na pojištění události v ní vymezené, které v době trvání pojištění nastanou kdekoli.
2. Z pojištění je pojistitel povinen poskytnout pojištění plnění, nastane-li pojišťovací událost v souladu s obsahem pojištění smlouvy. Je-li to v pojištění smlouvě ujednáno, může z něj poskytovat i jiné druhy plnění.
3. Z pojištění pojistitel poskytuje buď jednorázové nebo opakované plnění (např. důchod), a to podle toho, co bylo ujednáno v pojištění smlouvě.
4. Důchod se vyplácí za dohodnutá období, která se počítají od prvního dne měsíce následujícího po měsíci, ve kterém právo na výplatu důchodu vzniklo.
5. Rozsah pojištění plnění je určen v pojištění smlouvě.
6. Pojištění plnění je splatné do patnácti dnů po skončení šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí jeho výsledky oprávněné osobě.

Článek 9 – Výluky z pojištění

1. Pojistitel neposkytne z pojištění pojištění plnění v těchto případech:
 - a) má-li vzniknout právo na pojištění plnění osobě, která způsobila pojištěnému pojišťovací událost v souvislosti se skutkem, který je dle trestního zákona úmyslným trestným činem, a v rámci trestního řízení o tomto skutku bylo:
 - ukončeno přípravné řízení podáním obžaloby nebo podáním návrhu na potrestání této osoby; současně se ujednávalo, že tato výluka z pojištění pozbývá platnosti, je-li následně v trestním řízení pojištěný nebo tato jiná osoba na základě pravomocného rozhodnutí zproštěna obžaloby, pojistitel je v takovém případě povinen bez zbytečného odkladu poté, co mu je taková skutečnost oznámena, obnovit šetření pojištění události; nebo
 - pravomocně rozhodnuto o podmíněném zastavení trestního stíhání této osoby jako obviněného nebo
 - pravomocně rozhodnuto o schválení narovnání a zastavení trestního stíhání této osoby jako obviněného nebo pravomocně rozhodnuto o podmíněném odložení podání návrhu na potrestání pojištěného nebo této osoby jako podezřelého,
 - b) způsobil-li si pojištěný pojišťovací událost nebo mu ji z jeho podnětu způsobila jiná osoba v souvislosti se skutkem, který je dle trestního zákona úmyslným trestným činem, a v rámci trestního řízení o tomto skutku bylo:
 - ukončeno přípravné řízení podáním obžaloby nebo podáním návrhu na potrestání pojištěného nebo této osoby; současně se ujednávalo, že tato výluka z pojištění pozbývá platnosti, je-li následně v trestním řízení pojištěný nebo tato jiná osoba na základě pravomocného rozhodnutí zproštěna obžaloby, pojistitel je v takovém případě povinen bez zbytečného odkladu poté, co mu je taková skutečnost oznámena, obnovit šetření pojištění události; nebo
 - pravomocně rozhodnuto o podmíněném zastavení trestního stíhání pojištěného nebo této osoby jako obviněného nebo
 - pravomocně rozhodnuto o schválení narovnání a zastavení trestního stíhání pojištěného nebo této osoby jako obviněného nebo pravomocně rozhodnuto o podmíněném odložení podání návrhu na potrestání pojištěného nebo této osoby jako podezřelého,
 - c) nastala-li u pojištěného pojišťovací událost v přímé nebo nepřímé souvislosti s válečným konfliktem, bojovými nebo válečnými akcemi, vzpourami, povstáními, nepokoji a teroristickými činy,
 - d) způsobil-li si pojištěný pojišťovací událost při řízení motorového vozidla, plavidla či letadla, pro něž ne-

- měl pojištěný příslušné oprávnění k řízení, nebo nastala-li pojistná událost při letech, u nichž, s vědomím pojištěného, použité letadlo nebo pilot neměl úřední povolení, nebo které byly provedeny proti úřednímu předpisu nebo bez vědomí či proti vůli držitele letadla, dále za pojistnou událost, ke které došlo při účasti pojištěného na soutěžích a závodech motorových vozidel, letadel nebo plavidel a přípravných jízdách, letech nebo plavbách k nim (trénink); (rizika zde uvedená v souvislosti se soutěžemi a závody lze pojistit na základě zvláštní dohody s pojistitelem),
- e) nastala-li pojistná událost do dvou měsíců od počátku pojištění v důsledku zdravotních potíží, kterými pojištěný trpěl již před sjednáním pojištění a které uvedl při uzavření pojistné smlouvy, není-li však v pojistné smlouvě stanoveno jinak,
 - f) nastala-li pojistná událost následkem sebevraždy pojištěného nebo pokusu o ni a pojištění ještě netrvalo nepřetržitě nejméně dva roky bezprostředně předcházející sebevraždě nebo pokusu o ni,
 - g) nastala-li pojistná událost v důsledku úmyslného sebeboškození,
 - h) byla-li pojistná událost způsobena jaderným zářením vyvolaným výbuchem nebo závadou jaderného zařízení a přístrojů, nebo nedbalostí odpovědných osob, institucí nebo úřadů při dopravě, skladování nebo manipulaci s radioaktivními materiály.
2. Pojistitel neposkytne za pojištění pojistné plnění i v dalších případech uvedených v pojistné smlouvě.
 3. Zaniká-li pojištění pojistnou událostí, za níž pojistitel v souladu s ustanoveními tohoto článku neplní, a vznikli již z pojištění nárok na odkupné, vyplatí pojistitel, s výjimkou případu dle odst. 1. písm. a) tohoto článku oprávněné osobě odkupné.

Článek 10 – Omezení pojistného plnění

1. Pojistitel je oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění z pojištění v těchto případech:
 - a) nastala-li pojistná událost v přímé souvislosti s protiprávním jednáním pojištěného, o kterém bylo pravomocně rozhodnuto orgánem veřejné správy ve správním řízení, nebo způsobil-li si pojištěný pojistnou událost v souvislosti se skutkem, který je dle trestního zákona nedbalostním trestným činem, a v rámci trestního řízení o tomto skutku bylo:
 - ukončeno přípravné řízení podáním obžaloby nebo podáním návrhu na potrestání pojištěného; současně se ujednává, že tato výluka z pojištění pozbývá platnosti, je-li následně v trestním řízení pojištěný nebo tato jiná osoba na základě pravomocného rozhodnutí zproštěna obžaloby, pojistitel je v takovém případě povinen bez zbytečného odkladu poté, co mu je taková skutečnost oznámena, obnovit šetření pojistné události; nebo
 - pravomocně rozhodnuto o podmíněném zastavení trestního stíhání pojištěného jako obviněného nebo
 - pravomocně rozhodnuto o schválení narovnání a zastavení trestního stíhání pojištěného jako obviněného nebo pravomocně rozhodnuto o podmíněném odložení podání návrhu na potrestání pojištěného nebo této osoby jako podezřelého,
 - b) nastala-li u pojištěného pojistná událost pod vlivem alkoholu nebo jiných omamných, toxických, psychotropních či ostatních látek způsobilých nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládání nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování,
 - c) nastala-li pojistná událost následkem sebevraždy pojištěného nebo pokusu o ni a pojištění již trvalo nepřetržitě nejméně dva roky bezprostředně předcházející sebevraždě nebo pokusu o ni,
 - d) porušil-li pojistník nebo pojištěný při sjednání pojištění nebo jeho změně některou z povinností uvedených v těchto VPP, nebo dalších povinností uvedených v pojistné smlouvě nebo stanovených obecně závaznými právními předpisy, a v důsledku tohoto porušení bylo stanoveno nižší pojistné,
 - e) mělo-li vědomé porušení povinností uvedených v těchto VPP nebo dalších povinností uvedených v pojistné smlouvě nebo stanovených obecně závaznými právními předpisy podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh nebo na zvětšení rozsahu jejích následků anebo na zjištění nebo určení výše pojistného plnění,
 - f) odvolá-li pojištěný v průběhu pojištění nebo v průběhu šetření nutné ke zjištění rozsahu povinností pojistitele plnit svůj souhlas ke zjišťování a přezkoumávání zdravotního stavu a zpracování osobních údajů dle čl. 13 odst. 8 těchto VPP a má-li tato skutečnost vliv na šetření nutné ke zjištění rozsahu povinností pojistitele plnit.
2. Pojistitel je oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění z pojištění i v dalších případech uvedených v pojistné smlouvě.

Článek 11 – Práva a povinnosti účastníků pojištění

1. Pojistník a pojištěný jsou povinni pravdivě a úplně odpovědět na všechny písemné dotazy pojistitele týkající se sjednávání pojištění. To platí i v případě, že jde o změnu pojištění. Stejnou povinnost má pojistitel vůči pojistníkovi a pojištěnému.
2. Pojistník má právo kdykoliv během trvání pojištění písemně požadovat na pojistiteli sdělení o tom, kolik by činila výše odkupného. Pojistitel výši odkupného sdělí ve lhůtě jednoho měsíce ode dne obdržení písemné žádosti pojistníka. Pojistitel má právo na úhradu nákladů, které mu sdělením výše odkupného pojistníkovi vzniknou.
3. Pojistník je povinen bez zbytečného odkladu pojistiteli oznámit, že nastala pojistná událost, podat pravdivě vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události, předložit k tomu potřebné doklady a postupovat způsobem dohodnutým v pojistné smlouvě. Není-li pojistník současně pojištěným, má tuto povinnost pojištěný; je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, má tuto povinnost oprávněná osoba.
4. Ujednává se, že osoba, která je dle odst. 3 tohoto článku povinna bez zbytečného odkladu pojistiteli oznámit, že pojistná událost nastala, tuto povinnost splní až písemným oznámením pojistné události na příslušném tiskopisu pojistitele. Tato osoba je povinna předložit i další doklady požadované pojistitelem, pokud mají vliv na stanovení povinnosti pojistitele plnit a/nebo na výši pojistného plnění. Pojistitel rovněž může provést šetření pojistné události sám.
5. Je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, pojistitel při oznámení pojistné události dle odst. 3 tohoto článku vždy požaduje i předložený pojistky, ověřené kopie úmrtního listu a podrobné lékařské nebo úřední zprávy o příčině smrti; v případě dožití se dne konce pojištění pojištěným požaduje pojistitel vždy i předložený pojistky.
6. Pojistitel je povinen po oznámení pojistné události v souladu s odst. 3 a 4 tohoto článku bez zbytečného odkladu zahájit šetření nutné ke zjištění rozsahu jeho povinnosti plnit a ukončit je do 3 měsíců po tom, co mu byla tato událost oznámena. Nemůže-li ukončit šetření v této lhůtě, je povinen sdělit osobě, které má vzniknout právo na pojistné plnění, důvody, pro které nelze šetření ukončit, a poskytnout jí na její písemnou žádost přiměřenou zálohu. Výše uvedenou lhůtu 3 měsíců lze dohodou prodloužit. Tato lhůta neběží, je-li šetření znemožněno nebo ztíženo z viny oprávněné osoby, pojistníka nebo pojištěného.
7. Oprávněná osoba je povinna podrobit se identifikaci v souladu se zákonem č. 61/1996 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti, ve znění pozdějších předpisů.
8. Pojistitel má právo na pojistné za sjednané pojištění a pojistník je povinen hradit je řádně a včas.
9. Pojistník je dále povinen:
 - a) bez zbytečného odkladu pojištěnému oznámit, že v jeho prospěch bylo sjednáno pojištění, a seznámit pojištěného s právy a povinnostmi, které pro něho ze sjednaného pojištění vyplývají,
 - b) bez zbytečného odkladu pojistiteli písemně oznámit všechny změny osobních a jiných identifikačních údajů, které byly zjišťovány při sjednávání pojištění nebo jeho změně, jakož i jiné údaje, na které byl v této souvislosti tázán.
10. Pojistitel je povinen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech týkajících se pojištění fyzických a právnických osob, jakož i o skutečnostech, které se dozví při sjednávání pojištění, jeho správě a při likvidaci pojistných událostí. Poskytnout tuto informaci může jen se souhlasem pojištěného, nebo pokud tak stanoví obecně závazné právní předpisy.
11. Účastníci pojištění mají dále kromě práv a povinností uvedených v těchto VPP práva a povinnosti uvedené v pojistné smlouvě a stanovené obecně závaznými právními předpisy.

Článek 12 – Podíl na zisku

1. Podílem na zisku se rozumí rozdělení případných pojistně technických přebytků z investování prostředků rezervy pojistného životního pojištění do jednotlivých platných pojistných smluv, a to podle pojistné technických zásad pojistitele.
2. Tyto přebytky se stanovují na základě výsledků účetní uzávěrky a zvyšují hodnotu pojištění, kromě pojištění, z nichž se již vyplácí důchod, a pojištění, kde investiční riziko nese pojistník.
3. U pojistných smluv, z nichž se již vyplácí důchod, budou přebytky vypláceny formou valorizace důchodu.
4. U pojistných smluv, kde investiční riziko nese pojistník, budou výnosy připisovány do jednotlivých pojistných smluv podle počtu podílů a druhu zvolených investičních instrumentů.

Článek 13 – Zvláštní ujednání

1. Všechny platby učiněné v souvislosti s pojištěním, ať již pojistníkem nebo pojistitelem, a také pojistné částky jsou uváděny a hrazeny v české měně a jsou splatné na území České republiky.
2. Rovněž veškeré doklady a dokumenty týkající se pojištění musí být účastníky pojištění předkládány v českém jazyce. V případě, že tyto byly vystaveny v cizím jazyce, musí k nim být přiložen úředně ověřený překlad do českého jazyka.
3. Odvolávají-li se všeobecné, doplňkové nebo zvláštní pojistné podmínky na platné právní předpisy, zejména zákony, rozumí se jimi platné právní předpisy České republiky.
4. Zemře-li nebo zanikne-li bez právního nástupce pojistník, vstupuje do pojištění na jeho místo pojištěný, a to dnem, kdy pojistník zemřel nebo zanikl bez právního nástupce. Není-li pojištěný zletilý nebo způsobilý k právním úkonům, stává se pojistníkem jeho zákonný zástupce.
5. Mimo sjednané pojistné je pojistitel oprávněn účtovat pojistníkovi úhrady svých nákladů dle kalkulačních zásad pojistitele a poplatky dle sazebníku.
6. Administrativní poplatky účtuje pojistitel ve výši uvedené v sazebníku, který je platný a účinný ke dni provedení příslušného úkonu. Jsou-li pro provádění úkonu stanoveny limity, posuzuje je pojistitel rovněž podle hodnoty limitu uvedené v sazebníku, který je platný a účinný ke dni provedení příslušného úkonu. Dojde-li ze strany pojistitele ke změně hodnot poplatků a/nebo limitů, je pojistitel povinen zveřejnit na svých obchodních místech nové znění sazebníku nejpozději jeden měsíc před jeho účinností.
7. Pojistitel je oprávněn při uzavírání pojistné smlouvy, změně pojistné smlouvy i kdykoliv v době trvání pojištění přezkoumávat zdravotní stav pojištěného, a to na základě zpráv vyžádaných s jeho souhlasem prostřednictvím pověřeného lékařského zařízení od lékařů a zdravotnických zařízení, ve kterých se léčil, jakož i prohlídkou lékařem, kterého mu pojistitel sám určí. Veškeré tyto na náklady pojistitele získané dokumenty se stávají vlastnictvím pojistitele a pojistitel není povinen předkládat je ostatním účastníkům pojištění k nahlédnutí nebo pořízení kopie. V případě potřeby je pojištěný povinen všechny výše uvedené zprávy a posudky pojistiteli bez zbytečného odkladu zajistit.
8. Souhlas ke zjišťování a přezkoumávání zdravotního stavu a zpracování osobních údajů dává pojištěný podpisem prohlášení v pojistné smlouvě.
9. Skutečnosti, o kterých se pojistitel při zjišťování zdravotního stavu pojištěného dozví, smí použít pouze pro svou potřebu, popřípadě je může se souhlasem pojištěného sdělovat i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovníctví a jiných peněžních služeb a asociacím těchto subjektů, jinak jen v souladu s platným zněním zákona o pojišťovnictví.
10. Všechny spory vyplývající z životního pojištění nebo v souvislosti s ním vzniklé budou, nedojde-li k dohodě, řešeny u příslušného soudu v České republice podle českého práva.

Článek 14 – Sdělení a doručování písemností

1. Sdělení, která se týkají pojištění, musí být učiněna výhradně písemně a v českém jazyce.
2. Písemnosti se účastníkům pojištění doručují na jimi poslední uvedenou adresu místa trvalého nebo dlouhodobého pobytu, resp. sídla. Uvedl-li pojistník v pojistné smlouvě korespondenční adresu, doručují se písemnosti na tuto adresu, vždy však pouze na adresu v ČR. Pojistitel není povinen zasílat písemnosti mimo území ČR.
3. Písemná podání účastníků pojištění nabývají účinnosti dnem jejich doručení. Pokud nejsou písemnosti pojistitele doručeny účastníkovi pojištění z důvodu odmítnutí jejich převzetí účastníkem, považují se za doručené dnem, kdy bylo přijetí písemností odmítnuto. V případě vrácení záslilkou poštou zpět pojistiteli po uplynutí lhůty pro převzetí stanovené vyhláškou o základních službách držitele poštovní licence je dnem doručení písemností poslední den stanovené lhůty.

Článek 15 – Závěrečná ustanovení

1. Od všech předchozích ustanovení těchto VPP, vyjma ustanovení čl. 13 odst. 9 těchto VPP, se pojistitel může v pojistné smlouvě odchýlit, vyžadují-li to účel a povaha pojištění.
2. Tyto VPP nabývají účinnosti dne 1. 1. 2005.

DOPLŇKOVÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ U3

U3 – životní pojištění pro případ smrti
ze dne 1. 1. 2005

Úvodní ustanovení

Životní pojištění U3 se řídí těmito Doplnkovými pojistnými podmínkami pro životní pojištění U3 ze dne 1. 1. 2005 (dále jen „DPP“), ujednáními pojistné smlouvy a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění ze dne 1. 1. 2005 (dále jen „VPP“). Právní vztahy neupravené výše uvedeným se řídí příslušnými ustanoveními zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a ustanoveními souvisejících právních předpisů.

Pojistné plnění

Pojistné plnění z pojištění vyplácí pojistitel v souladu s čl. 1 těchto DPP a v souladu s VPP.

Článek 1 – Pojistné plnění pro případ pojistné události - smrti

Zemře-li pojištěný v době trvání pojištění, pojistitel vyplatí tomu, komu smrtí pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě.

Pojistné

Článek 2 – Běžné pojistné

- Běžné pojistné je pojistné placené za měsíční, čtvrtletní, pololetní nebo roční pojistná období dle četnosti placení uvedené v pojistné smlouvě.
- Běžné pojistné je splatné prvního dne pojistného období. Pro platby běžného pojistného určí pojistitel pojistníkovi variabilní symbol. Pojistitel nenese odpovědnost za důsledky nepřijetí běžného pojistného na pojistnou smlouvu v důsledku chybného uvedení variabilního symbolu nebo čísla účtu pojistitele pojistníkem.

Další ujednání

Článek 3 – Zánik pojištění

- Pojištění zaniká vznikem pojistné události dle čl. 1 těchto DPP nebo uplynutím pojistné doby.
- Zaniká-li pojištění v souladu s některým z příslušných ustanovení těchto DPP nebo dalších ustanovení VPP a nejsou-li nároky z pojištění pro tento způsob zániku pojištění v těchto DPP specifikovány, zaniká pojištění bez náhrady; pojištění se nepodílí na zisku dle čl. 12 VPP a ni z něj nevzniká nárok na odkupné.

DOPLŇKOVÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ U3/J

U3/J – životní pojištění pro případ smrti
ze dne 1. 1. 2005

Úvodní ustanovení

Životní pojištění U3/J se řídí těmito Doplnkovými pojistnými podmínkami pro životní pojištění U3/J ze dne 1. 1. 2005 (dále jen „DPP“), ujednáními pojistné smlouvy a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění ze dne 1. 1. 2005 (dále jen „VPP“). Právní vztahy neupravené výše uvedeným se řídí příslušnými ustanoveními zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a ustanoveními souvisejících právních předpisů.

Pojistné plnění

Pojistné plnění z pojištění vyplácí pojistitel v souladu s čl. 1 těchto DPP a v souladu s VPP.

Článek 1 – Pojistné plnění pro případ pojistné události - smrti

Zemře-li pojištěný v době trvání pojištění, pojistitel vyplatí tomu, komu smrtí pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě.

Pojistné

Článek 2 – Jednorázové pojistné

Pojistné za pojištění U3/J je placeno jednorázově. Jednorázové pojistné je splatné dnem počátku pojištění. Pro platbu jednorázového pojistného určí pojistitel pojistníkovi variabilní

Článek 4 – Zproštění od placení pojistného

- Pojistník je zproštěn povinnosti platit běžné pojistné, jestliže se pojištěný v době trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech od počátku pojištění, stane plně invalidním ve smyslu právních předpisů o sociálním zabezpečení, a to následkem úrazu nebo nemoci vzniklých nejdříve v den počátku pojištění.
- Splnění podmínky dvou let podle odst. 1 tohoto článku se nepožaduje, pokud byla plná invalidita pojištěnému přiznána vylučně v důsledku úrazu, vzniklého nejdříve v den počátku pojištění.
- Pojištěný prokáže plnou invaliditu pojistiteli pravomocným rozhodnutím o přiznání plné invalidity od příslušné správy sociálního zabezpečení.
- Zproštění od placení pojistného počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného následující po datu uvedeném v rozhodnutí o přiznání plné invalidity vydaném příslušnou správou sociálního zabezpečení dle odst. 3 tohoto článku, a týká se pojistného za jeden rok trvání pojištění. Zproštění se prodlužuje vždy na další rok, prokáže-li pojištěný k datu konce období, na které byl pojištěník zproštěn od placení pojistného, že plná invalidita trvá. Zproštění od placení pojistného končí uplynutím sjednané pojistné doby.
- Pojistitel není povinen pojistníka od placení pojistného zprostit, nastane-li plná invalidita pojištěného v důsledku okolností specifikovaných v čl. 9 odst. 1 písm. a) až h) VPP nebo pod vlivem alkoholu nebo jiných omamných, toxických, psychotropních či ostatních látek způsobilych nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování.
- Bylo-li v jedné pojistné smlouvě s tímto životním pojištěním sjednáno vedlejší pojištění, zproštění od placení pojistného se na něj nevztahuje, nebylo-li v pojistných podmínkách pojistitele pro toto vedlejší pojištění ujednáno jinak.

symbol a číslo účtu pojistitele. Pojistitel nenese odpovědnost za důsledky nepřijetí jednorázového pojistného na pojistnou smlouvu v důsledku chybného uvedení variabilního symbolu nebo čísla účtu pojistitele pojistníkem. Jednorázové pojistné je úplatou za poskytnutou pojistnou ochranu a nelze s ním v době trvání pojištění volně disponovat.

Další ujednání

Článek 3 – Zánik pojištění

- Pojištění zaniká vznikem pojistné události dle čl. 1 těchto DPP nebo uplynutím pojistné doby.
- Zaniká-li pojištění v souladu s některým z příslušných ustanovení těchto DPP nebo dalších ustanovení VPP a nejsou-li nároky z pojištění pro tento způsob zániku pojištění v těchto DPP specifikovány, zaniká pojištění bez náhrady; pojištění se nepodílí na zisku dle čl. 12 VPP a ni z něj nevzniká nárok na odkupné.

DOPLŇKOVÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ UP3/J

UP3/J – životní pojištění pro případ smrti s klesající pojistnou částkou
ze dne 1. 1. 2005

Úvodní ustanovení

Životní pojištění UP3/J se řídí těmito Doplnkovými pojistnými podmínkami pro životní pojištění UP3/J ze dne 1. 1. 2005 (dále jen „DPP“), ujednáními pojistné smlouvy a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění ze dne 1. 1. 2005 (dále jen „VPP“). Právní vztahy neupravené výše uvedeným se řídí příslušnými ustanoveními zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a ustanoveními souvisejících právních předpisů.

Pojistné plnění

Pojistné plnění z pojištění vyplácí pojistitel v souladu s čl. 1 těchto DPP a v souladu s VPP.

Článek 1 – Pojistné plnění pro případ pojistné události – smrti

Zemře-li pojištěný v době trvání pojištění, pojistitel vyplatí tomu, komu smrtí pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, pojistnou částku odpovídající čtvrtletí, ve kterém k úmrtí došlo. V prvním čtvrtletí je pojistná částka rovna pojistné částce sjednané v pojistné smlouvě a k prvnímu dni každého dalšího čtvrtletí klesá o částku vypočtenou vydělením sjednané pojistné částky celkovým počtem čtvrtletí v pojistné době.

Pojistné

Článek 2 – Jednorázové pojistné

Pojistné za pojištění UP3/J je placeno jednorázově. Jednorázové pojistné je splatné dnem počátku pojištění. Pro platbu jednorázového pojistného určí pojistitel pojistníkovi variabilní symbol a číslo účtu pojistitele. Pojistitel nenese odpovědnost za důsledky nepřijetí jednorázového pojistného na pojistnou smlouvu v důsledku chybného uvedení variabilního symbolu nebo čísla účtu pojistitele pojistníkem. Jednorázové pojistné je úplatou za poskytnutou pojistnou ochranu a nelze s ním v době trvání pojištění volně disponovat.

Další ujednání

Článek 3 – Zánik pojištění

- Pojištění zaniká vznikem pojistné události dle čl. 1 těchto DPP nebo uplynutím pojistné doby.
- Zaniká-li pojištění v souladu s některým z příslušných ustanovení těchto DPP nebo dalších ustanovení VPP a nejsou-li nároky z pojištění pro tento způsob zániku pojištění v těchto DPP specifikovány, zaniká pojištění bez náhrady; pojištění se nepodílí na zisku dle čl. 12 VPP a ni z něj nevzniká nárok na odkupné.

DOPLŇKOVÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ SVCH1

SVCH1 – životní pojištění pro případ smrti nebo vážných chorob
ze dne 1. 1. 2005

Úvodní ustanovení

Životní pojištění SVCH1 se řídí těmito Doplnkovými pojistnými podmínkami pro životní pojištění SVCH1 ze dne 1. 1. 2005 (dále jen „DPP“), ujednáními pojistné smlouvy a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění ze dne 1. 1. 2005 (dále jen „VPP“). Právní vztahy neupravené výše uvedeným se řídí příslušnými ustanoveními zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a ustanoveními souvisejících právních předpisů.

Pojistné plnění

Pojistné plnění z pojištění vyplácí pojistitel v souladu s čl. 1 a 2 těchto DPP a v souladu s VPP. Pojistné plnění z pojištění vyplácí pojistitel pouze jednou, a to z té pojistné události specifikované v čl. 1 a 2 těchto DPP, která nastane dříve.

Článek 1 – Pojistné plnění pro případ pojistné události - smrti

Zemře-li pojištěný v době trvání pojištění, pojistitel vyplatí tomu, komu smrtí pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě.

Článek 2 – Pojistné plnění pro případ pojistné události - vážné choroby

- Je-li u pojištěného v době trvání pojištění, nejdříve však po uplynutí prvních tří kalendářních měsíců od jeho počátku, stanovena diagnóza vážné choroby, která splňuje podmínky vzniku pojistné události dle odst. 2 tohoto článku a současně za ni pojištěnému náleží v souladu s ostatními ustanoveními tohoto článku, jakož i v souladu s VPP, pojistné plnění, vyplatí mu pojistitel pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě.
- Pojistná událost je pro účely vymezení pojistného plnění v případech vážné choroby definována následovně:
 - Pojistná událost nastane, je-li u pojištěného písemnou lékařskou zprávou specifikovanou v odst. 3 tohoto článku potvrzeno:
 - první stanovení diagnózy některého z onemocnění uvedených v odst. 3 písm. a) až e), písm. h) až j) tohoto článku, nebo
 - první zařazení na čekací listinu pro orgánovou transplantaci podle odst. 3 písm. f) tohoto článku, nebo
 - první podstoupení chirurgického zákroku uvedeného v odst. 3 písm. g) tohoto článku (dále jen „vážná choroba“) za podmínky, že onemocnění dle písm. a) tohoto odst. nebo onemocnění, které zapříčinilo zařazení pojištěného na čekací listinu dle písm. b) tohoto odst. nebo podstoupení chirurgického zákroku pojištěným dle písm. c) tohoto odst., bylo diagnostikováno nejdříve po uplynutí prvních tří kalendářních měsíců následujících po počátku pojištění a současně byly splněny podmínky uvedené v odst. 2.2 tohoto článku.
 - Pro vznik pojistné události v případech vážné choroby uvedené v odst. 3 písm. a), c), i) a j) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případech vážné choroby uvedené v odst. 3 písm. b) tohoto článku je nezbytné, aby neurologický nálezn u pojištěného přetrvával ještě alespoň po třech kalendářních měsících následujících ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případech vážné choroby uvedené v odst. 3 písm. d) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne podstoupení neurochirurgického zákroku nebo ode dne lékařského potvrzení trvalého neurologického poškození. Pro vznik pojistné události v případech vážné choroby uvedené v odst. 3 písm. e) tohoto článku je nezbytná dialyzační léčba pojištěného trvajícím alespoň tři po sobě následující kalendářní měsíce. Pro vznik pojistné události v případech vážné choroby uvedené v odst. 3 písm. f) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne zařazení na čekací listinu pro orgánovou transplantaci. Pro vznik pojistné události v případech vážné choroby uvedené v odst. 3 písm. g) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne podstoupení chirurgického zákroku. Pro vznik pojistné události v případech vážné choroby uvedené v odst. 3 písm. h) tohoto článku je nezbytné oftalmologické lékařské vyšetření pojištěného provedené nejdříve po třech kalendářních měsících ode dne stanovení diagnózy a potvrzující její trvalost.
 - Splnění podmínky uplynutí tří kalendářních měsíců od počátku pojištění podle odst. 2.1 tohoto článku se nevyžaduje, došlo-li k vážné chorobě výlučně v důsledku úrazu, vzniklého nejdříve v den počátku pojištění.
- Za vážnou chorobu se pro účely tohoto pojištění se zněním výše uvedených ustanovení a při splnění níže uvedených podmínek považuje:
 - infarkt myokardu
Infarktem myokardu se rozumí diagnóza akutního infarktu myokardu, potvrzená propouštěcí zprávou z kardiologického či interního oddělení a obsahující nálezn akinezy nebo dyskinezy při echokardiografickém vyšetření a zároveň splňující alespoň jednu z následujících tří podmínek:
 - vývoj patologického Q kmitu minimálně ve dvou EKG svodech ($Q \geq 0,04$ s nebo $Q > 0,25\%$ amplitudy kmitu R),
 - nepřespecifické EKG známky infarktu myokardu s charakteristickou dynamikou biochemických markerů, tj. CK-MB a troponinu,
 - typická anamnéza pro infarkt myokardu s charakteristickou dynamikou biochemických markerů, tj. CK-MB a troponinu.Pojistná ochrana se vztahuje i na případy, kdy nejsou splněny výše uvedené podmínky, pokud je diagnóza akutního infarktu myokardu potvrzena propouštěcí zprávou z kardiologického či interního oddělení, pojištěný byl léčen nemocniční intravenózní trombolýzou nebo akutní PTCA (primární koronární angioplastika) a splnil indikační kritéria pro tuto léčbu.
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze akutního infarktu myokardu, a propouštěcí zprávu o hospitalizaci z důvodu této diagnózy. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař kardiologického nebo interního zdravotnického zařízení, v němž byl pojištěný hospitalizován.
 - cévní mozková příhoda
Cévní mozkovou příhodou se rozumí nahodile vzniklé poškození mozku v důsledku krvácení do mozkové tkáně nebo nedokrvění mozkové tkáně s odpovídajícím neurologickým náleznem, který musí přetrvávat ještě alespoň tři kalendářní měsíce po stanovení diagnózy cévní mozkové příhody. Součástí diagnózy musí být některé zobrazovací vy-

šetření mozku s nálezem odpovídajícím mozkové ischemii, nebo intracerebrálnímu či subarachnoidálnímu krvácení.

Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze cévní mozkové příhody a lékařské potvrzení o neurologickém poškození přímo souvisejícím s předmětnou příhodou hodnoceným nejdříve po třech kalendářních měsících od stanovení diagnózy cévní mozkové příhody. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení.

c) rakovina

Rakovinou se rozumí onemocnění způsobené zhoubným nádorem, charakterizované nekontrolovatelným a invazivním růstem nádorových buněk s tendencí ke vzniku metastáz.

Pojistná ochrana se vztahuje i na zhoubný melanom kůže od klasifikačního stupně TNM 2-0-0, kožní T-lymfom od II. stádia, leukémií a zhoubné nádory mízního systému. Pojistná ochrana se nevztahuje na ostatní typy rakoviny kůže, Hodgkinovu chorobu v I. stádiu, polycytemia vera, všechny nádory histologicky popsané jako premalignity či pouze počínající nebo nerozvinuté maligní změny, nádory popsané jako „in situ“ a nádorová onemocnění při současném přítomnosti infekce virem HIV.

Diagnóza musí být stanovena odborným lékařem specializovaného zdravotnického zařízení, a to na základě histologického, nebo jiného odpovídajícího vyšetření svědčícího pro zhoubné postupující onemocnění a jeho zařazení podle mezinárodní klasifikace nádorů TNM, resp. operačního protokolu, pokud byl proveden chirurgický zákrok. Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze zhoubného nádoru. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení.

d) nezhoubný nádor mozku

Nezhoubným nádorem mozku se rozumí přítomnost nezhoubného nitrolebního nádoru, který svým růstem poškozuje mozek.

Pojistná ochrana se vztahuje pouze na případy, kdy byl pojištěnému na základě rozhodnutí neurologa či neurochirurga proveden neurochirurgický zákrok s cílem odstranit nezhoubný nádor, který svým růstem poškozuje mozek, nebo na případy, kdy přítomnost neoperabilního nezhoubného nádoru vede ke vzniku neurologického poškození. Pojistná ochrana se nevztahuje na cysty, cévní malformace, hematomy, nádory podvěsku mozkového a míchy.

Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o provedení neurochirurgického zákroku, nebo lékařské potvrzení o trvalém neurologickém poškození přímo souvisejícím s neoperabilním nezhoubným nádorem. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení, které léčbu pojištěného provádí.

e) chronické selhání ledvin

Chronickým selháním ledvin se rozumí nezvratné selhání funkce obou ledvin či ledviny solitární, vyžadující trvalé a pravidelné dialyzační léčení pojištěného hemodialýzou nebo peritoneální dialýzou.

Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o pravidelné dialyzační léčbě trvajícím alespoň tři po sobě následující kalendářní měsíce. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení, které tuto léčbu pojištěného provádí.

f) zařazení na čekací listinu pro orgánovou transplantaci

Zařazením na čekací listinu pro orgánovou transplantaci se rozumí lékařské potvrzení o zařazení pojištěného na čekací listinu pro transplantaci jednoho z těchto výhradně lidských orgánů či jejich částí: srdce, plic, jater, ledviny, slinivky břišní nebo krvetvorných buněk, při níž bude pojištěný příjemcem transplantátu. Na transplantace ostatních orgánů či jejich částí se pojistná ochrana nevztahuje.

Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o zařazení pojištěného na čekací listinu pro transplantaci. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení na území České republiky, které zařazení pojištěného na čekací listinu pro transplantaci provedlo.

g) operace věnicových tepen

Operací věnicových (koronárních) tepen se rozumí kardiologický zákrok s použitím mimotělního oběhu, provedený u pojištěného s ischemickou chorobou srdeční, kterým se přemostí oblast zúžení nebo uzavěru koronární tepny pomocí žilního nebo arteriálního štěpu (tzv. bypass). Operace musí být provedena specializovaným zdravotnickým zařízením na území České republiky. Pojistná ochrana se nevztahuje na tzv. MICAB výkony (minimálně invazivní koronární chirurgie), intraarteriální výkony a všechny typy nechirurgických angioplastik.

Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o provedení operace koronárních tepen, před a pooperační lékařské vyšetření pojištěného včetně koronografie, ultrazvuku, nebo CT a angiografický záznam vyšetření pojištěného prokazující přítomnost takového postižení věnicových tepen, které bylo nezbytné řešit výše popsanou operací. Lékařské potvrzení i vyšetření musí vystavit odborný lékař kardiologického zdravotnického zařízení.

h) slepota

Slepotou se rozumí trvalá a úplná ztráta zraku obou očí, při níž zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí podle tabulky Světové zdravotnické organizace poklesne na 3/60 nebo méně na každé oko.

Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je oftalmologické lékařské vyšetření vystavené odborným lékařem nejdříve po třech kalendářních měsících od stanovení diagnózy slepoty u pojištěného a potvrzující její trvalost.

i) hluchota

Hluchotou se rozumí úplná a klinicky ověřená nezvratná ztráta sluchového vjemu obou uší, způsobená akutním nebo chronickým onemocněním.

Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze hluchoty do-

- ložené audiometrickým vyšetřením s tympanometrií, a při jakémkoliv rozporu i vyšetřením kmenových evokovaných potenciálů (BERA). Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař otorinolaryngolog.
- j) infekce virem HIV v důsledku provedení krevní transfúze
Infekcí virem HIV v důsledku provedení krevní transfúze se rozumí prokázaná infekce HIV v důsledku příjmu krevní konzervy kontaminované virem HIV, podané pojištěnému během krevní transfúze provedené na území České republiky v době trvání pojištění. Zdravotnické zařízení, které kontaminovanou krevní konzervu podalo, musí písemně svou odpovědnost za přenos viru HIV na pojištěného potvrdit.
Pojištěný je povinen pojiститeli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze HIV/AIDS a lékařské potvrzení dokládající, že příčinou infekce virem HIV nebo onemocnění AIDS je transfúze infikované krevní konzervy. Lékařské potvrzení o diagnóze musí vystavit odborný lékař. Lékařské potvrzení o příčině infekce či onemocnění musí vystavit odborný lékař zdravotnického zařízení, které transfúzi provedlo.
 4. Kromě povinností uvedených v odst. 3 tohoto článku je pojištěný dále povinen:
 - a) písemně oznámit pojiститeli na příslušném tiskopisu vznik pojistné události, a to bez zbytečného odkladu (tuto povinnost může za pojištěného splnit osoba, kterou k tomuto úkonu pojištěný písemně zmocnil, za podmínky, že při oznámení vzniku pojistné události tuto plnou moc předloží pojiститeli),
 - b) pokud u něho byla během prvních tří kalendářních měsíců následujících po počátku pojištění stanovena diagnóza vážné choroby, tuto skutečnost písemně v této lhůtě a bez zbytečného odkladu oznámit pojiститeli,
 - c) dodržovat veškeré pokyny lékaře vztahující se k léčení vážné choroby, k léčebnému režimu a vyloučit veškerá jednání, která mohou nepříznivě ovlivnit stav nebo vývoj vážné choroby,
 - d) vyžaduje-li to pojistitel, podrobit se na náklady pojistitutele kontrolnímu vyšetření zdravotního stavu u lékaře, kterého pojistitel určí, a v jím určeném termínu,
 - e) dodat pojiститeli všechny doklady, zprávy a posudky, které si pojistitel při pojistné události i kdykoliv v době trvání pojištění vyžádá, a to bez zbytečného odkladu,
 - f) umožnit pojiститeli získávat a zpracovávat veškerou zdravotní dokumentaci o své osobě, popř. tuto zdravotní dokumentaci pro pojistitutele a na jeho vyžádání zajistit, a zprostit mlčenlivosti všechny lékaře, kteří pojištěného léčili nebo vyšetřovali, a to i z jiných důvodů, než je pojistná událost, a zmocnomocnit je k podání všech nutných informací pojiститeli,
 - g) zmocnomocnit svou zdravotní pojišťovnu k poskytnutí všech informací, které si pojistitel vyžádá.
 5. V souladu s ustanovením čl. 9 odst. 2 VPP se pro případ vážných chorob ujednávají i následující vyluky:
 - 5.1. Pojistitel neposkytne pojistné plnění pro případ vážné choroby v případech, kdy k pojistné události došlo v přímé souvislosti s:
 - a) úmyslným jednáním pojištěného směřujícím k vyvolání vážné choroby, k jejímu zhoršení nebo sebepoškození,
 - b) zneužitím léků pojištěným nebo užíváním léků pojištěným bez lékařského doporučení nebo v rozporu s lékařským doporučením či vědomým nerespektováním rad a doporučení lékaře pojištěným.
 - 5.2. Pojistitel neposkytne pojistné plnění pro případ vážné choroby v případech, kdy k pojistné události došlo v přímé souvislosti s:
 - a) působením ionizačního záření nebo účinků jaderné energie na pojištěného, s výjimkou případů, kdy je tomuto riziku vystaven lékař nebo zdravotnický personál při výkonu povolání nebo pojištěný v rámci léčebného procesu pod lékařským dohledem,
 - b) pracovní činností pojištěného, během níž přichází do kontaktu s azbestem,
 - c) infekcí virem HIV či onemocněním AIDS, s výjimkou případů přenosu infekce viru HIV v důsledku provedení krevní transfúze podle odst. 3 písm. j) tohoto článku,
 - d) výskytem následujících diagnóz v rodinné anamnéze pojištěného: polycystické ledviny, Alportův syndrom, Huntingtonova chorea, Marfanův syndrom, Gardnerův syndrom, Lynchův syndrom, tři a více případů Diabetes mellitus I. typu vyskytujících se u přímých příbuzných.
 6. V souladu s ustanovením článku 10 odst. 2 VPP je pojistitel oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění pro případ vážné choroby i v případech, mělo-li vědomé porušení povinností uvedených v odst. 3 a v odst. 4 písm. c) až g) tohoto článku podstatný vliv na vznik pojistné události nebo na zvětšení rozsahu následků pojistné události, nebo bylo-li znemožněno šetření nutné ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitutele plnit. Pojistitel sníží pojistné plnění podle toho, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit.
 7. Nastala-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 2 tohoto článku a pojistitel za ni neposkytl pojistné plnění v souladu s ustanoveními čl. 9 odst. 1 VPP nebo v souladu s ustanoveními odst. 5.1 tohoto článku, pojištění nadále pokračuje, ale pojistitel již není, a to až do jeho zániku, povinen plnit za jakoukoliv další pojistnou událost dle odst. 3 tohoto článku.
 8. Nastala-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 2 tohoto článku a pojistitel za ni neposkytl pojistné plnění v souladu s ustanoveními odst. 5.2 tohoto článku, pojištění nadále pokračuje beze změn.

DOPLŇKOVÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO VEDLEJŠÍ ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ

podle sazby SUP13
ze dne 1. 1. 2005

Článek 1 – Úvodní ustanovení

1. Vedlejší úrazové pojištění, které se řídí těmito Doplnkovými pojistnými podmínkami pro vedlejší úrazové pojištění podle sazby SUP13 ze dne 1. 1. 2005 (dále jen „DPP U“), se dále řídí ujednáními pojistné smlouvy a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění ze dne 1. 1. 2005 (dále jen „VPP“). Právní vztahy neupravené výše uvedeným se řídí příslušnými ustanoveními zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a ustanoveními souvisejících právních předpisů.
2. Z tohoto vedlejšího úrazového pojištění je pojistitel povinen poskytnout pojistné plnění v souladu s obsahem pojistné smlouvy, dojde-li k úrazu pojištěného v době trvání pojištění.

Článek 2 – Výklad pojmů

Úraz - úrazem se rozumí neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávislé na vůli pojištěného, ke kterému došlo v době trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt.

Oceňovací tabulky – dokument pojistitutele obsahující zásady plnění pojistitutele z úrazového pojištění dle podmínek sjednaných v pojistné smlouvě. Oceňovací tabulky jsou k dispozici na všech obchod-

Článek 3 – Běžné pojistné

1. Běžné pojistné je pojistné placené za měsíční, čtvrtletní, pololetní nebo roční pojistná období dle četnosti placení uvedené v pojistné smlouvě.
2. Běžné pojistné je splatné prvního dne pojistného období. Pro platby běžného pojistného určí pojistitel pojištníkoví variabilní symbol. Pojistitel nenese odpovědnost za důsledky nepřiznání běžného pojistného na pojistnou smlouvu v důsledku chybného uvedení variabilního symbolu nebo čísla účtu pojistitutele pojištníkem.

Článek 4 – Změna pojistného pojistitutelem

1. Pojistitel si vyhrazuje právo změnit v době trvání pojištění, nejdříve však po uplynutí pěti let od jeho počátku, výši běžného pojistného, změnila-li se podstata kalkulovaného rizika.
2. Provedl-li pojistitel změnu běžného pojistného dle odst. 1 tohoto článku, je oprávněn provést jeho každou případnou další změnu nejdříve po pěti letech od změny předchozí.
3. Provádí-li pojistitel změnu pojistného dle odst. 1 a 2 tohoto článku, provádí ji vždy k datu splatnosti běžného pojistného.
4. Novou výši běžného pojistného je pojistitel povinen pojištníkoví oznámit písemně, a to nejméně dva měsíce před datem, k němuž má být pojistné v pojistitutelem nově stanovené výši poprvé splatné (dále jen „datum splatnosti nového pojistného“).
5. V případě, že pojištník s nově stanovenou výší pojistného, sdělenou mu pojistitutelem v souladu s ustanovením odst. 4 tohoto článku, nesouhlasí, je povinen svůj nesouhlas pojištníkem písemně sdělit nejpozději do jednoho měsíce před datem splatnosti nového pojistného.
6. Uplatní-li pojištník svůj nesouhlas s nově stanovenou výší pojistného v souladu s odst. 5 tohoto článku, pojištění zaniká bez náhrady k datu splatnosti nového pojistného. Neuplatní-li pojištník svůj nesouhlas s nově stanovenou výší pojistného v souladu s odst. 5 tohoto článku, pojištění je oprávněné pojistné v jím nově stanovené výši od uvedeného data předepisovat.

Další ujednání

Článek 5 – Zánik pojištění

1. Pojištění zaniká vznikem pojistné události dle čl. 1 a 2 těchto DPP s výjimkou ustanovení čl. 2 odst. 7 a 8 těchto DPP. Pojištění dále zaniká uplynutím pojistné doby.
2. Pojištění rovněž zaniká v případě, že diagnóza některého z onemocnění uvedených v čl. 2 odst. 3 písm. a) až e), písm. h) až j) těchto DPP nebo diagnóza onemocnění, které zapříčinilo zařazení na čekací listinu podle čl. 2 odst. 3 písm. f) těchto DPP nebo podstoupení chirurgického zákroku podle čl. 2 odst. 3 písm. g) těchto DPP, byla u pojištěného stanovena během prvních tří kalendářních měsíců následujících po počátku pojištění. V těchto případech pojištění zaniká bez náhrady, a to datem stanovení této diagnózy.
3. Zaniká-li pojištění v souladu s některým z příslušných ustanovení těchto DPP nebo dalších ustanovení VPP a nejsou-li nároky z pojištění pro tento způsob zániku pojištění v těchto DPP specifikovány, zaniká pojištění bez náhrady; pojištění se nepodílí na zisku dle čl. 12 VPP a ni z něj nevzniká nárok na odkupné.

Článek 6 – Zproštění od placení pojistného

1. Pojištník je zproštěn povinností platit běžné pojistné, jestliže se pojištěný v době trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech od počátku pojištění, stane plně invalidním ve smyslu právních předpisů o sociálním zabezpečení, a to následkem úrazu nebo nemoci vzniklých nejdříve v den počátku pojištění.
2. Splnění podmínky dvou let podle odst. 1 tohoto článku se nepožaduje, pokud byla plná invalidita pojištěnému přiznána vylučně v důsledku úrazu, vzniklého nejdříve v den počátku pojištění.
3. Pojištěný prokáže plnou invaliditu pojistiteli pravomocným rozhodnutím o přiznání plné invalidity od příslušné správy sociálního zabezpečení.
4. Zproštění od placení pojistného počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného následující po datu uvedeném v rozhodnutí o přiznání plné invalidity vydaném příslušnou správou sociálního zabezpečení dle odst. 3 tohoto článku, a týká se pojistného za jeden rok trvání pojištění. Zproštění se prodlužuje vždy na další rok, prokáže-li pojištěný k datu konce období, na které byl pojištník zproštěn od placení pojistného, že plná invalidita trvá. Zproštění od placení pojistného končí uplynutím sjednané pojistné doby.
5. Pojistitel není povinen pojištníka od placení pojistného zprostit, nastane-li plná invalidita pojištěného v důsledku okolností specifikovaných v čl. 9 odst. 1 písm. a) až h) VPP nebo pod vlivem alkoholu nebo jiných omamných, toxických, psychotropních či ostatních látek způsobících nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování.
6. Bylo-li v jedné pojistné smlouvě s tímto životním pojištěním sjednáno vedlejší pojištění, zproštění od placení pojistného se na ně nevztahuje, nebylo-li v pojistných podmínkách pojistitutele pro toto vedlejší pojištění ujednáno jinak.

ních místech pojištěláte. Pojištník si vyhrazuje právo oceňovací tabulky měnit nebo doplňovat v závislosti na vývoji lékařské vědy a praxe. Výši pojistného plnění určuje pojištník podle oceňovacích tabulek platných v době vzniku úrazu.

Pojistná částka pro případ smrti následkem úrazu – částka, ze které se stanoví výše pojistného plnění v případě smrti pojištěného následkem úrazu. Její výše se určí jako součin základní pojistné částky pro případ smrti následkem úrazu, jejíž hodnota je uvedena v pojistné smlouvě, a násobku základních pojistných částek, který je v pojistné smlouvě sjednán.

Pojistná částka pro případ trvalých následků úrazu – částka, ze které se stanoví výše pojistného plnění v případě trvalých následků úrazu. Její výše se určí jako součin základní pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu, jejíž hodnota je uvedena v pojistné smlouvě, a násobku základních pojistných částek, který je v pojistné smlouvě sjednán.

Článek 3 – Pojistné plnění za smrt následkem úrazu

1. Byla-li úrazem způsobena pojištěnému smrt, která nastala nejpozději do tří let ode dne úrazu, vyplatí pojištník obmyslenému pojistnou částku pro případ smrti následkem úrazu sjednanou v pojistné smlouvě k datu úrazu. Je-li pojištěný v pojistné smlouvě uveden jako pojištěn dítě,

bude v případě jeho smrti následkem úrazu vyplaceno pojistné plnění pojistníkovi, není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak.

2. Zemřel-li však pojištěný na následky úrazu a pojistitel již poskytl pojistné plnění za trvalé následky tohoto úrazu, vyplátí za smrt následkem úrazu jen případný rozdíl mezi pojistnou částkou pro případ smrti následkem úrazu sjednanou v pojistné smlouvě k datu úrazu a již vyplacenou částkou pojistného plnění za trvalé následky tohoto úrazu.

Článek 4 – Pojistné plnění za trvalé následky úrazu

1. Zanechá-li úraz pojištěnému trvalé následky, vyplátí pojistitel pojištěnému z pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu tolik procent, kolika procentům odpovídá podle Oceňovací tabulky B rozsah trvalých následků po jejich ustálení, a v případě, že se neustálily do tří let ode dne úrazu, kolika procentům odpovídá jejich stav ke konci této lhůty. Podmínkou vzniku nároku na plnění je však skutečnost, že rozsah trvalých následků způsobených pojištěnému jedním úrazovým dějem dosáhl takové výše procentního ohodnocení podle Oceňovací tabulky B, která je v pojistné smlouvě k datu úrazu ujednána jako minimální pro vznik povinnosti pojistitele plnit (limit trvalých následků úrazu).
2. Nemůže-li pojistitel poskytnout pojistné plnění podle předchozího odstavce proto, že trvalé následky úrazu nejsou po uplynutí šesti měsíců ode dne úrazu ještě ustáleny, je povinen poskytnout pojištěnému na jeho požádání přiměřenou zálohu pouze tehdy, prokáže-li pojištěný pojistiteli lékařskou zprávu, že alespoň část trvalých následků úrazu odpovídající minimálnímu rozsahu stanovenému v pojistné smlouvě k datu úrazu pro vznik povinnosti pojistitele plnit má již trvalý charakter.
3. Týká-li-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánů, jejichž funkce byly sníženy již před úrazem, stanoví se jejich procentní ohodnocení podle Oceňovací tabulky B tak, že celkové procento se sníží o počet procent odpovídající předchozímu poškození, určenému rovněž podle Oceňovací tabulky B.
4. Výši pojistného plnění za trvalé následky úrazu určuje pojistitel na základě zprávy o výsledku zdravotní prohlídky pojištěného u lékaře určeného pojistitelem. Opírá se přitom o stanovisko lékaře, který pro něj vykonává odbornou poradní činnost.
5. Zdravotní prohlídku ke zjištění rozsahu trvalých následků úrazu u lékaře určeného pojistitelem zabezpečí pojistitel na svůj náklad v případě, kdy podle zprávy lékaře, který pojištěného ošetřoval, doplnění podle potřeby výpisem ze zdravotních záznamů o pojištěném, které si pojistitel vyžádá nebo které mu pojištěný v souladu s ustanovením čl. 13 odst. 7 VPP zajistí od jiných lékařů nebo zdravotnických zařízení, vyplývá, že rozsah trvalých následků úrazu může k termínu tří let od data úrazu dosáhnout minimálního limitu trvalých následků úrazu sjednaného v pojistné smlouvě k datu úrazu.
6. Ve vážných případech, u nichž pojistitel rozhodne o tom, že není možno určit rozsah trvalých následků úrazu v souladu s ustanoveními odst. 4 a 5 tohoto článku, určí pojistitel výši pojistného plnění podle zdravotní dokumentace pojištěného.
7. Pokud pojištěný vyžaduje doplňující kontrolní vyšetření, je povinen nést náklady s ním spojené. Poskytne-li pojistitel na základě kontrolního vyšetření další pojistné plnění, uhradí pojištěnému částku nákladů za toto vyšetření. Pojistitel si vyhrazuje právo určit lékaře, resp. zdravotnické zařízení, u něhož bude vyšetření provedeno. V opačném případě není pojistitel povinen výsledky kontrolního vyšetření akceptovat.
8. Pojistné plnění za trvalé následky úrazu se určuje podle Oceňovací tabulky B, a to ve výši tolika procent pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu, kolik procent tato tabulka uvádí pro jednotlivá tělesná poškození. Stanoví-li Oceňovací tabulka B procentní rozpětí, určí pojistitel výši plnění tak, aby v rámci daného rozpětí odpovídalo plnění povaze a rozsahu tělesného poškození, které bylo pojištěnému úrazem způsobeno.
9. Není-li jakékoliv tělesné poškození obsaženo v Oceňovací tabulce B, je pojistitel oprávněn určit výši pojistného plnění sám nebo v součinnosti s lékařem, kterého určí. Ke stanovení výše pojistného plnění použije analogicky hodnoty uvedené v Oceňovací tabulce B u tělesných poškození, která jsou předmětnému tělesnému poškození svou povahou nejbližší.
10. Způsobí-li jediný úraz pojištěnému několik trvalých následků různého druhu, hodnotí se celkové trvalé následky úrazu součtem procent pro jednotlivé následky. Týká-li-li se však jednotlivé následky téhož údu, orgánu nebo jejich částí, hodnotí se jako celek, a to nejvýše procentem stanoveným v Oceňovací tabulce B pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich částí.
11. Pojistitel je povinen vyplátit za trvalé následky úrazu způsobené jedním úrazovým dějem nejvýše 100 % pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu, resp. jejího násobku v souladu s odst. 15 tohoto článku, a to i v případě, kdy součet procent pro jednotlivé trvalé následky stanovený dle odst. 10 tohoto článku hranicí 100 % překročí.
12. V případě, že pojištěný zemře na následky úrazu a pojistitel ještě neposkytl pojistné plnění za trvalé následky tohoto úrazu, vyplátí pojistitel pouze pojistnou částku pro případ smrti následkem úrazu sjednanou v pojistné smlouvě k datu úrazu, a to v souladu s čl. 3 těchto DPP U.
13. Byl-li v pojistné smlouvě k datu úrazu sjednán limit trvalých následků úrazu od 1 %, poskytuje pojistitel pojistné plnění v souladu s ustanoveními tohoto článku za trvalé následky úrazu pouze v tom případě, že jejich rozsah podle Oceňovací tabulky B dosáhne po jejich ustálení minimálně 1 % trvalého poškození těla.
14. Byl-li v pojistné smlouvě k datu úrazu sjednán limit trvalých následků úrazu od 10 %, poskytuje pojistitel pojistné plnění v souladu s ustanoveními tohoto článku za trvalé následky úrazu pouze v tom případě, že jejich rozsah podle Oceňovací tabulky B dosáhne po jejich ustálení minimálně 10 % trvalého poškození těla.
15. Bylo-li v pojistné smlouvě k datu úrazu sjednáno v rámci trvalých následků úrazu progresivní plnění, bude pojistitel plnit za trvalé následky úrazu, které dosáhnou procenta poškození těla od dohodnutého limitu trvalých následků úrazu do 25 % včetně, dané procento z jednonásobku pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu, při procentu trvalých následků úrazu nad 25 % do 50 % včetně z dvojnásobku, při procentu trvalých následků úrazu nad 50 % do 75 % včetně z trojnásobku a při procentu trvalých následků úrazu nad 75 % do 100 % včetně ze čtyřnásobku pojistné částky pro trvalé následky úrazu sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu. Výše uvedené zásady plnění za trvalé následky úrazu se sjednáním progresivního plnění nemění.

Článek 5 – Pojistné plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu

1. Právo na pojistné plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu (také denní odškodné) vzniká pojištěnému tehdy, jestliže utrpí úraz a doba nezbytného léčení tělesného poškození následkem tohoto úrazu doložená lékařským potvrzením dosáhne alespoň limitu plnění denního odškodného sjednaného v pojistné smlouvě. U tělesných poškození, u kterých je v Oceňovací tabulce A uvedeno „neplní se“, není pojistitel povinen poskytnout plnění denního odškodného, i když je tato podmínka splněna.
2. Pojistitel vyplátí pojištěnému denní odškodné za dobu, která se určí ode dne daného limitem plnění denního odškodného sjednaného v pojistné smlouvě k datu úrazu až do konce trvání nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu doloženého lékařským potvrzením, ale pouze v případě, že tato nepřesáhne počet dní stanovený pro jednotlivá tělesná poškození v Oceňovací tabulce A. Za dny, o které celková doba trvání nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu přesáhne tento pojistitelem stanovený limit, není pojistitel povinen plnit.
3. V případě, že nezbytné léčení tělesného poškození následkem úrazu probíhá v pracovní neschopnosti, za kterou pojištěnému náleží peněžité dávky nemocenské, jsou jím čerpány a ve smyslu předpisů o sociálním zabezpečení se mu vystavuje doklad o pracovní neschopnosti (dále jen „pracovní neschopnost“) a délka této pracovní neschopnosti přesáhne počet dní stanovený pro jednotlivá tělesná poškození v Oceňovací tabulce A, je pojistitel povinen vyplátit denní od-

škodné za dobu, která se určí ode dne daného limitem plnění denního odškodného sjednaného v pojistné smlouvě k datu úrazu až do konce této pracovní neschopnosti, ale pouze v případě, že tato nepřesáhne počet dní stanovený pro jednotlivá tělesná poškození v Oceňovací tabulce A o více než 20 %. Za dny, o které celková doba pracovní neschopnosti přesáhne pojistitelem stanovený limit navýšený o 20 %, není pojistitel povinen plnit.

4. Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu přesahující dobu 365 dní ode dne tohoto úrazu.
5. Utrpí-li pojištěný další úraz v době nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu, za který je pojistitel povinen vyplátit denní odškodné, stanoví se počet dní, za které pojistitel nejvýše plní, jako součet počtu dní uvedených v Oceňovací tabulce A pro obě tělesná poškození. Doba, po kterou se doby léčení obou úrazů překrývají, se započítává pouze jednou.
6. Dojde-li k souběhu léčení následků úrazu a nemoci, která není následkem úrazu, vyplátí pojistitel denní odškodné nejvýše za počet dní, který je uveden pro jednotlivá tělesná poškození v Oceňovací tabulce A.
7. Utrpí-li pojištěný jedním úrazovým dějem několik tělesných poškození, stanoví se počet dní, za které pojistitel vyplátí denní odškodné, podle toho tělesného poškození, u kterého je v Oceňovací tabulce A uveden nejvyšší počet dní.
8. Není-li jakékoliv tělesné poškození obsaženo v Oceňovací tabulce A, je pojistitel oprávněn určit výši pojistného plnění sám nebo v součinnosti s lékařem, kterého určí. Ke stanovení výše pojistného plnění použije analogicky hodnoty uvedené v Oceňovací tabulce A u tělesných poškození, která jsou předmětnému tělesnému poškození svou povahou nejbližší.
9. Výše plnění denního odškodného se stanoví vynásobením počtu dní určeného podle zásad uvedených v tomto článku částkou denního odškodného sjednanou v pojistné smlouvě k datu úrazu.
10. Byl-li v pojistné smlouvě k datu úrazu sjednán limit plnění denního odškodného od 15. dne a doba nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu trvá alespoň 15 dní, vyplátí pojistitel v souladu s ostatními ustanoveními tohoto článku počínaje 15. dnem a konče 28. dnem nezbytného léčení částku denního odškodného ve dvojnásobné výši částky denního odškodného sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu a za každý další den od 29. dne nezbytného léčení denní odškodné ve výši sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu.
11. Byl-li v pojistné smlouvě k datu úrazu sjednán limit plnění denního odškodného od 29. dne a doba nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu trvá alespoň 29 dní, vyplátí pojistitel v souladu s ostatními ustanoveními tohoto článku částku denního odškodného ve výši sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu, a to od prvního dne tohoto léčení.

Článek 6 – Výluky z pojištění

1. V souladu s ustanovením čl. 9 odst. 2 VPP se pro toto vedlejší úrazové pojištění ujednávají i následující výluky z pojištění uvedené v odst. 2 tohoto článku.
2. Pojistitel neposkytne z pojištění pojistné plnění v těchto případech:
 - a) nastala-li pojistná událost při provozování bungee jumpingu, snowboardingu nebo lyžování mimo vyznačené tratě nebo mimo stanovenou dobu provozu na vyznačených tratích, při snowraftingu, raftingu, canyoningu, skialpinismu, parasutismu, paraglidingu, speleologii a při provozování dalších obdobných extrémních a adrenalinových sportů a činností pojištěným, s výjimkou sportů uvedených ve 3. rizikové skupině,
 - b) došlo-li ke zhoršení následků pojistné události z důvodu vědomého nevyhledání zdravotní péče pojištěným nebo vědomého nerespektování rad a doporučení lékaře,
 - c) byla-li pojistná událost způsobena mikrobiálními jedy nebo imunotoxickými látkami,
 - d) byl-li důsledkem pojistné události vznik nebo zhoršení kýl (hernií), bércových vředů, diabetických gangrén, nádorů všeho druhu a puvodu, vznik a zhoršení aseptických zánětů pochev šlachových, úponů svalových, tíhových vřádků a epikondylitid,
 - e) za infekční nemoci, i když byly přeneseny zraněním,
 - f) byla-li pojistná událost způsobena přímo nebo nepřímo syndromem získaného selhání imunity (AIDS),
 - g) za následky diagnostických, léčebných a preventivních zákroků, které nebyly provedeny za účelem léčení následků pojistné události,
 - h) bylo-li důsledkem pojistné události zhoršení již existující nemoci nebo nastala-li pojistná událost v důsledku nemoci,
 - i) za infarkt myokardu, cévní mozkovou příhodu a epilepsii a za následky pojistné události, ke které v jejich důsledku došlo,
 - j) byly-li důsledkem pojistné události ploténkové a algické páteřní syndromy a výřezy plotének neúrazovým dějem a mikrotraumatem,
 - k) byla-li důsledkem pojistné události zlomenina v důsledku vrozené lomivosti kostí nebo metabolických poruch nebo patologická nebo únava zlomenina, jakož i vymknutí a vykloubení v důsledku vrozených vad a poruch,
 - l) nastala-li pojistná událost v důsledku nepřiměřené tělesné námahy pojištěného,
 - m) došlo-li k pojistné události u pojištěného, který je v pojistné smlouvě uveden jako pojištěné dítě a který již dovršil 15 let věku, při provozování registrované sportovní činnosti zařazené do 3. nebo 4. rizikové skupiny.

Článek 7 – Omezení pojistného plnění

1. V souladu s ustanovením čl. 10 odst. 2 VPP se pro toto vedlejší úrazové pojištění ujednávají i následující omezení pojistného plnění uvedené v odst. 2 tohoto článku.
2. Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění z pojištění v těchto případech:
 - a) nebyla-li dle čl. 8 odst. 3 těchto DPP U nahlášena změna povolání nebo registrované sportovní činnosti, která by znamenala zařazení pojištěného do vyšší rizikové skupiny. Snížení případného pojistného plnění provede pojistitel v poměru pojistného, které bylo za pojištěného zapláceno, k pojistnému, které ve správné rizikové skupině zapláceno být mělo.
 - b) došlo-li k pojistné události u pojištěného, který je v pojistné smlouvě uveden jako pojištěné dítě a který ještě nedovršil 15 let věku, při provozování registrované sportovní činnosti zařazené do 3. nebo 4. rizikové skupiny. Snížení případného pojistného plnění provede pojistitel na polovinu.

Článek 8 – Práva a povinnosti účastníků pojištění

1. V souladu s ustanovením čl. 11 odst. 11 VPP se pro toto vedlejší úrazové pojištění ujednávají i následující práva a povinnosti účastníků pojištění uvedené v odst. 2 a 3 tohoto článku.
2. Povinnosti pojištěného je bez zbytečného odkladu vyhledat po úrazu lékařské ošetření, léčit se podle pokynů lékaře a vyžaduje-li to pojistitel, dát se na jeho náklad vyšetřit lékařem, kterého pojistitel určí.
3. Pojistník je povinen bez zbytečného odkladu oznámit pojistiteli změnu povolání nebo registrované sportovní činnosti pojištěného, které mají vliv na změnu rizikové skupiny. Je-li pojištěný v pojistné smlouvě uveden jako pojištěné dítě, tato povinnost se na jeho úrazové pojištění nevztahuje.

Článek 9 – Pojistné

1. Pojistné za toto vedlejší úrazové pojištění je běžné pojistné. Pojistné je placené za měsíční, čtvrtletní, pololetní nebo roční pojistné období dle četnosti placení uvedené v pojistné smlouvě.
2. Pojistné za toto vedlejší úrazové pojištění je splatné jednou částkou spolu s pojistným za hlavní životní pojištění, ke kterému je toto vedlejší úrazové pojištění sjednáno, a ve stejné četnosti placení.
3. Běžné pojistné je splatné prvního dne pojistného období. Pro platby běžného pojistného určí pojistitel pojistníkovi variabilní symbol. Pojistitel nenese odpovědnost za důsledky nepřijetí běžného pojistného na pojistnou smlouvu v důsledku chybného uvedení variabilního symbolu nebo čísla účtu pojistitele pojistníkem.

Článek 10 – Další ujednání

1. Je-li pojistník z důvodu plné invalidity pojištěného zproštěn od placení běžného pojistného za hlavní životní pojištění, ke kterému je toto vedlejší úrazové pojištění sjednáno, zproští ho pojistitel i od placení pojistného za toto vedlejší pojištění, ale pouze od placení pojistného za trvalé následky úrazu a za smrt následkem úrazu toho pojištěného, který se stal plně invalidním. Je-li v rámci vedlejšího úrazového pojištění sjednáno plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu, zproštění od placení se na pojistné za toto riziko nevztahuje. Zproštění od placení pojistného nenastane v případě, že se plně invalidním stane pojištěný, který je v pojistné smlouvě uveden jako pojištěné dítě.

RIZIKOVÉ SKUPINY PRO ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ

Osoby se podle povolání (profese) a registrované sportovní činnosti zařazují do čtyř rizikových skupin:

1. riziková skupina: osoby bez manuální činnosti nebo s nízkým rizikem

Administrativní pracovníci, advokáti, aranžéři, architekti, asistenti, auditóři, celní úředníci, celníci, daňoví poradci, dekoratéri, delegáti, diplomaté, dispečeri, domovníci, ekologové, ekonomové, finančníci, fotografové, herci, historici, hodináři, hostesky, hrázní, hudebníci, hygienici, informatici, inspektoři, jednatelé, jemní mechanici, kadeřnice a kadeřníci, kartografové, kněží, knihaři, knihovníci, klenotníci, konstruktéři, kontrolori, konzultanti, kosmetičky, lékárníci, lékaři, lektori, logistické, makléři, manažeri, maséři, meteorologové, modeláři, modelky, moderátoři, návrháři, neza městnaní, notáři, obchodníci, odhadci, operátoři, optici, pečovatelské, pedikérky, písmomalíři, pojistní matematici, pokladní, pokojské, poradci (obchodní, finanční, pojišťovací apod.), politici a veřejní činitelé, porybní, poslanci, pracovníci v reklamě, právníci, prodavači, programátoři, projektanti, průvodci, překladatelé, recepční, redaktori, registrovaní rozhodčí, referenti, rehabilitační sestry, rybáři, sekretářky, senátoři, soudci, spisovatelé, správci, statistické, studenti, šatnářky, školníci, technicko-hospodářští pracovníci, technologové, tiskoví mluvčí, tlumočníci, účetní, učitelé a další pedagogičtí pracovníci, uklízečky, umělci, úředníci, uvaděčky, vedoucí pracovníci, vědeckí pracovníci, vychovatelé, výzkumníci, zdravotnický personál, zlatníci, žáci, ženy v domácnosti.

Osoby, vč. profesionálních sportovců, provozující některý z uvedených sportů, vč. nejvyšších republikových a zahraničních soutěží, v rámci organizací, jejichž náplní je organizování tělovýchovné, soutěžní nebo závodní činnosti, a to v těchto sportech: billiard, bowling, curling, jóga, kulečník, kuželky, metaná, pétanque, rybářský sport, šachy, šipky moderní i klasické, turistika, ZRTV.

2. riziková skupina: osoby s převažujícím podílem manuální činnosti nebo se zvýšeným rizikem

Autojeřábníci, automechanici, barmani, bednáři, bezpečnostní pracovníci, brusíři, cukráři, cvičitelky, čalouníci, číšníci, dělníci, dlaždičci, dozorcí, důchodci invalidní a starobní, elektrikáři, elektromechanici, elektromontéři, frézaři, geodeti, geologové, instalatéři, kameníci, karosáři, klempíři, komíníci, košíkáři, kováři, kožešníci, krejčí, krupiéři, kuchaři, kulísáči, kurýři, laboranti, lakýrníci, lanovkáři, lesníci, lešenáři, letušky, lodáři, loutkáři, malíři pokojů, manuální a provozní pracovníci v dopravě, ve filmovém oboru, v elektrárnách, v hutnictví a těžkém strojírenství, v lomech a dolech, v textilním odvětví, v odvětví těžby a zpracování dřeva, v pivovarech a lihovarech, v prádelnách a čistírnách, ve stavebnictví, ve stravování, v zemědělství a lesnictví, mechanici, mlynáři, montéři, myslivci, námořníci, nástrojari, natěrači, novináři, nožíři, obchodní zástupci, obkladači, obráběči, obuvníci, opraváři, osvětlovači, ošetřovatelé, pekaři, piloti letadel, plavčíci, plynaři, podlaháři, pokrývači, popeláři, poštovní doručovatelé, potrubáři, pracovníci bezpečnostních agentur, pracovníci technických služeb, promítači, provozní, přadleny, příslušníci policie, armády a pohraniční stráž, reportéři, restaurátoři, řezbáři, řezníci, řidiči, sedláři, servírky, seřizovači, skladníci, skláři, sklenáři, sládkové, slévači, soustružníci, stavaři, stavbyvedoucí, statikové, stvardi, strážní, strojníci,

2. Z tohoto vedlejšího úrazového pojištění nevzniká nárok na odkupné.
3. Vedlejší úrazové pojištění zaniká v souladu s příslušnými ustanoveními VPP, nezanikne-li dříve v souladu s ustanoveními doplňkových pojistných podmínek pro hlavní životní pojištění, ke kterému je toto vedlejší úrazové pojištění sjednáno, nebo v souladu s ustanovením odst. 4 nebo 5 tohoto článku.
4. Je-li pojištěný v pojistné smlouvě uveden jako pojištěné dítě, zaniká jeho vedlejší úrazové pojištění nejpozději ve výroční den počátku pojištění v roce, ve kterém dosáhne věku 18 let, není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak.
5. Odchylně od čl. 6 odst. 2 VPP se ujednává, že toto vedlejší úrazové pojištění může ke konci každého pojistného období vypovědět každá ze smluvních stran.

studnaři, svářeči, šičky, švadleny, ševci, taxikáři, taviči, technici, tesaři, tiskaři, tkalci, topenáři, topiči, trenéři, truhláři, tuneláři, údržbáři, veterináři, vlekáři, vrátní, výpravčí, výtaháři, zahradníci, zámečníci, zásobovači, závozníci, zedníci, zoologové, zootechnici, zvonaři.

Osoby provozující některý z uvedených sportů v rámci organizací, jejichž náplní je organizování tělovýchovné, soutěžní nebo závodní činnosti, a to v těchto sportech: aerobic, atletika, badminton, baseball, běh na lyžích, biatlon, dráhový golf, golf, jezdecký, krasobruslení, kulturistika, lukostřelba, moderní gymnastika, nohejbal, orientační běh, plavecké sporty, rychlobruslení, rychlostní kanoistika, silniční a dráhová cyklistika, sportovní gymnastika, sportovní tanec, squash, stolní tenis, střelectví, tenis, triatlon, veslování, vodní pólo, volejbal.

3. riziková skupina: osoby s velmi zvýšeným rizikem

Artisté, deratizéři, chemici, kaskadéři, krotitelé zvířet, piloti ozbrojených složek, požárníci, pracovníci s jedovatými, výbušnými nebo zářivými látkami, pracovníci s vysokým rizikem akutních otrav, pracovníci s vysokým rizikem popálenin z důvodu vysoké teploty pracovního prostředí, pracovníci ve výškách (pokud mají předepsáno upevnění závěsem), pracující pod vodou s potápěcím dýchacím přístrojem, příslušníci horské záchranné služby, pyrotechnici, tovární a zkušební jezdci motorových vozidel a plavidel, výzkumníci a badatelé v neprobádaných krajinách, záchranáři a členové havarijních sborů, zkušební piloti, železniční posunovači.

Osoby provozující některý z uvedených sportů v rámci organizací, jejichž náplní je organizování tělovýchovné, soutěžní nebo závodní činnosti, a to v těchto sportech: americký fotbal, asijská bojová umění (např. karate, full-contact, goru-ryu, sebeobrana, taekwon-do, thajský box), basketbal, body-skeleton, box, cyklotrial, floorbal, fotbal, házená, hokejbal, horolezectví (vč. alpinismu), in-line hokej, jachting, jezdecké závody na koních, jízda na sněžných a vodních skútrech, judo, korfbal, lední hokej, létání na lehkých a ultralehkých letounech a závěsných kluzácích, létání v balónech a vzducholodích, letecká akrobacie, moderní pětiboj, motorismus, národní házená, potápění, pozemní hokej, parasailing, ragby, saně, sjezdové a akrobatické lyžování, skiboby, skoky do vody, skoky na lyžích, snowboarding, softbal, šerm, vodní lyžování, vodní motorismus, vodní slalom a sjezd, vysokohorská turistika, vzpírání, zápas, závody na horských kolech.

4. riziková skupina: osoby se zvláště zvýšeným rizikem

Veškerá soutěžní, závodní a jiná sportovní činnost včetně přípravy na ni (tréninku) u profesionálních sportovců a sportovců zúčastňujících se nejvyšších republikových a zahraničních soutěží (mimo sportovců zařazených do 1. rizikové skupiny).

Konečné rozhodnutí o zařazení pojištěného do rizikové skupiny je v kompetenci pojistitele.