

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO INVESTIČNÍ ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

Maximal Profit

ze dne 1.1.2013

Článek 1 Úvodní ustanovení

- Investiční životní pojištění Maximal Profit (dále jen "pojištění") se řídí těmito zvláštními pojistnými podmínkami ze dne 1. 1. 2013 (dále jen "ZPP"), 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 (dále jen "zákon o pojistné smlouvě"), a ustanoveními souvisejících právních předpisů. Výše uvedené pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
- Pojištěním, které je v pojistné smlouvě sjednáno vždy, je základní pojištění pro případ smrti nebo dožití (dále jen "základní pojištění"). V pojistné smlouvě lze k základnímu pojištění dále sjednat tato vedlejší pojištění:
 - pojištění pro případ smrti,
 - pojištění pro případ vážné choroby,
 - pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu,
 - pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu,
 - pojištění zproštění od placení pojistného pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu
 - pojištění pro případ smrti následkem úrazu,
 - pojištění pro případ trvalých následků úrazu,
 - pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu.
- Doba trvání pojištění Maximal Profit je určena dobou trvání základního pojištění.
- V pojistné smlouvě lze k základnímu pojištění sjednat i jiné druhy vedlejšího pojištění, než jsou pojištění uvedená v odst. 2 písm. a) až h) tohoto článku. Není-li takové pojištění upraveno těmito ZPP, řídí se samostatnými doplňkovými pojistnými podmínkami pro tento druh pojištění.
- Pojištění, která se řídí těmito ZPP, jsou pojištěními obnosovými.

Článek 2 Výklad pojmů

Pojmy použité v těchto ZPP a nespecifikované nebo odlišně specifikované ve VPP jsou vymezeny následovně:

Program investování:	Portfolio různých finančních instrumentů založené a spravované pojištěтелем nebo správcem pověřeným pojištěтелем, které má společnou investiční strategii a které bylo vytvořeno pro účely investičního životního pojištění. Pro účely pojištění se rozlišují dva typy programů investování - tržní programy investování a garantované programy investování (dále oba také jen "programy investování"). V případě tržních programů investování investiční riziko nese zcela pojistník. V případě garantovaných programů investování pojišťitel garantuje, že cena podílu programu investování neklesne. Aktuální zhodnocení pro daný garantovaný program investování je uvedeno v sazebníku. U programů investování musí být vždy určeno, zda se jedná o program investování pro běžné pojistné nebo o program investování pro mimořádné pojistné.
Podíl:	Poměrný díl programu investování definovaný pro účely tohoto pojištění.
Podílový účet:	Individuální účet spravovaný pojištěтелем ke každé pojistné smlouvě, na nějž se připisují podíly jednotlivých programů investování vytvořené na základě zaplacení běžného a mimořádného pojistného.
Cena podílu:	Cena stanovená pojištěтелем, která se používá pro vytváření a rušení podílů jednotlivých programů investování v daný den.
Hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění:	Počet podílů připsaných na podílovém účtu a vytvořených na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění vynásobený příslušnou cenou podílu.
Hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení mimořádného pojistného:	Počet podílů připsaných na podílovém účtu a vytvořených na základě zaplacení mimořádného pojistného vynásobený příslušnou cenou podílu.
Hodnota pojištění:	Hodnota všech podílů připsaných na podílovém účtu, která je součtem hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění a hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného.
Pojistný rok:	Rok začínající v den počátku pojištění nebo ve výroční den počátku pojištění a končící v nejbližší následující výroční den počátku pojištění.
Pojistný měsíc:	Měsíc začínající v den počátku pojištění nebo v den, který se číslem shoduje se dnem počátku pojištění, není-li takový den v kalendářním měsíci, případně počátek na jeho poslední den, a končící v nejbližší následující den, který se číslem shoduje se dnem počátku pojištění a není-li takový den v nejbližším následujícím kalendářním měsíci, pak případně konec na poslední den tohoto kalendářního měsíce.
Oceňovací den:	Den, kdy jsou oceňována podkladová aktiva, k nimž jsou vztaženy jednotlivé programy investování, a stanoveny ceny těchto programů investování.
Finanční bonus:	Finanční obnos, který pojišťitel může přiznat na základě svého rozhodnutí dle pojistné technických zásad nad rámec podílu na zisku.
Úraz:	Úrazem se rozumí neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo v době trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt.
Oceňovací tabulka B:	Dokument pojištěitele obsahující zásady plnění pojištěitele z pojištění pro případ trvalých následků úrazu dle podmínek sjednaných v pojistné smlouvě. Oceňovací tabulka B je k dispozici na všech obchodních místech pojištěitele. Pojišťitel si vyhrazuje právo oceňovací tabulku měnit nebo doplňovat v závislosti na vývoji lékařské vědy a praxe. Výši pojistného plnění určuje pojišťitel podle oceňovací tabulky platné v době vzniku úrazu.
Akutní lůžko:	Lůžko zdravotnického zařízení, určené k hospitalizaci při stavu náhlého selhávání nebo náhlého ohrožení základních životních funkcí nebo pokud uvedený stav nelze vyloučit (včetně plánovaných operací), nebo k hospitalizaci při stavu náhlého onemocnění nebo náhlého zhoršení chronické nemoci vážně ohrožujících zdraví, nebo k hospitalizaci, při které charakter zdravotní péče, kterou stav pojištěného vyžaduje, nedovoluje její poskytování ambulantní formou, a to po dobu potřebnou k provedení nezbytných vyšetření a ošetření nebo po dobu, po kterou lze důvodně očekávat náhlý zvrat stability zdravotního stavu.
Neodkladná operace:	Operace, pro kterou byl pojištěný neodkladně přijat k hospitalizaci nebo pokud k neodkladnému operačnímu zákroku v průběhu hospitalizace vedl jeho stav.
Odborný léčebný ústav:	Léčebna pro dlouhodobě nemocné, léčebna tuberkulózy a respiračních onemocnění, psychiatrická léčebna, ústav pro léčbu závislostí (včetně záchytné stanice), lázeňská léčebna, sanatorium, ozdravovna, rehabilitační ústav, ústav sociální péče nebo pečovatelské služby, stacionář, hospic.
Sociální hospitalizace:	Hospitalizace z jiných než zdravotních důvodů, kdy pojištěný je hospitalizován ve zdravotnickém zařízení a nemůže být propuštěn pouze proto, že se vzhledem ke svému zdravotnímu stavu neobejde bez pomoci další osoby a potřebná péče mu nemůže být poskytnuta v odborném léčebném ústavu nebo formou pečovatelské služby, ačkoli podmínky pro poskytování těchto služeb podle obecně závazných právních předpisů splňuje, nebo nemůže být propuštěn z jiného sociálního důvodu.
Zdravotnické zařízení:	Zdravotnické zařízení, včetně radioterapeutického a onkologického léčebného ústavu, které poskytuje diagnostickou a léčebnou ústavní (lůžkovou) zdravotní péči, je pro druh a rozsah jím poskytované péče personálně, věcně a technicky vybavené a splňuje požadavky kladené na jeho provoz obecně závaznými právními předpisy. Za zdravotnické zařízení se nepovažuje odborný léčebný ústav.

POJIŠTĚNÍ

Článek 3 Pojištění pro případ smrti nebo dožití (základní pojištění)

1. Dožije-li se pojištěný sjednaného konce pojištění, vyplátí mu pojistitel pojistné plnění ve výši hodnoty pojištění vytvořené k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem.
2. Zemře-li pojištěný v době trvání pojištění, pojistitel vyplatí tomu, komu smrtí pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, hodnotu pojištění vytvořenou k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem.
3. Dojde-li v době trvání pojištění k úmrtí pojištěného následkem úrazu, který vznikl v době trvání pojištění, a to nejpozději do tří let ode dne úrazu, vyplátí pojistitel tomu, komu smrtí pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, navíc k pojistnému plnění uvedenému v odst. 2 tohoto článku pojistnou částku pro případ smrti následkem úrazu sjednanou v pojistné smlouvě k datu úrazu v rámci základního pojištění.
4. Dojde-li po datu konce pojištění k úmrtí pojištěného následkem úrazu, který vznikl v době trvání pojištění, a to nejpozději do tří let ode dne úrazu, vyplátí pojistitel tomu, komu smrtí pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, pojistnou částku pro případ smrti následkem úrazu sjednanou v pojistné smlouvě k datu úrazu v rámci základního pojištění.
5. V souladu s ustanovením článku 9 odst. 2 VPP se ujednává, že pojistitel neposkytne pojistné plnění dle odst. 3 nebo 4 tohoto článku i 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 letecké nebo lyžařské akrobacii, snowkitingu, landkitingu (apod.), při snowraftingu, raftingu, canyoningu, cliffdivingu, potápění s dýchacím přístrojem, parašutismu, paraglidingu, base jumping, speleologii, horolezectví, vysokohorské turistiky (mimo turisticky značené cesty nebo s použitím horolezecké výstroje), alpinismu a skialpinismu, létání v motorových i bezmotorových letadlech s výjimkou státem licencovaných dopravců, létání v lehkých a ultralehkých letounech, na rogalu, kluzáku, v balónu, vzducholodi a při provozování dalších obdobných extrémních a adrenalinových sportů a činností pojištěným,
 - 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) za infekční nemoci, i když byly přeneseny zraněním,
 - e) byla-li pojistná událost způsobena přímo nebo nepřímo syndromem získaného selhání imunity (AIDS),
 - f) za následky diagnostických, léčebných a preventivních zákroků, které nebyly provedeny za účelem léčení následků pojistné události,
 - g) bylo-li důsledkem pojistné události zhoršení již existující nemoci nebo nastala-li pojistná událost v důsledku nemoci,
 - h) za infarkt myokardu, cévní mozkovou příhodu a epilepsii a za následky pojistné události, ke které v jejích důsledku došlo,
 - i) nastala-li pojistná událost v důsledku nepřiměřené tělesné námahy pojištěného,
 - j) nastala-li pojistná událost v důsledku úrazu, který pojištěný utrpěl při výkonu některého z níže uvedených povolání, resp. činností: artista, hasič (i dobrovolný), kaskadér, krotitel zvěře, pilot, pracovník s výbušninami, pracovník ve výškách (pokud má předepsáno upevnění závěsem), pracující pod vodou s potápěčím dýchacím přístrojem, pyrotechnik, posunovač, příslušník horské záchranné služby, záchranář,
 - k) nastala-li pojistná událost v důsledku úrazu, který pojištěný utrpěl při provozování některého 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), box, cyklotrial, fotbal, in-line hokej, jezdecké závody na koních, lední hokej, motorismus, potápění, pozemní hokej, ragby, sjezdové a akrobatické lyžování, skoky do vody, skoky na lyžích, snowboarding, vodní slalom a sjezd, vysokohorská turistika, závody na horských kolech.
 - l) nastala-li pojistná událost v důsledku úrazu, který pojištěný utrpěl při přípravě na sport nebo výkonu sportu, na nějž má uzavřenu profesionální smlouvu s výjimkou billiaru, bowlingu, curlingu, jógy, kulečnicku, kuzelek, metaně, pétanque, rybářských sportů, šachů, šipek moderních i klasických, turistiky a ZRTV.
6. Pojištění pro případ smrti nebo dožití zaniká nejpozději ve výroční den počátku pojištění v roce, v němž se pojištěný dožije 70 let věku.

Článek 4 Pojištění pro případ smrti

1. Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že je v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ smrti dle článku 1 odst. 2 písm. a) těchto ZPP.
2. Zemře-li pojištěný v době trvání pojištění pro případ smrti, pojistitel vyplatí tomu, komu smrtí pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, pojistnou částku pro případ smrti sjednanou v pojistné smlouvě k datu úmrtí pojištěného.
3. Pojištění pro případ smrti zaniká nejpozději ve výroční den počátku pojištění v roce, v němž se pojištěný dožije 65 let věku.

Článek 5 Pojištění pro případ vážné choroby

1. Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že je v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ vážné choroby dle článku 1 odst. 2 písm. b) těchto ZPP.
2. V případě, že u pojištěného je v době trvání pojištění pro případ vážné choroby, nejdříve však po uplynutí prvních tří kalendářních měsíců ode dne počátku pojištění pro případ vážné choroby, stanovena diagnóza vážné choroby, která splňuje podmínky pojistné události dle odst. 3 tohoto článku, vyplátí pojistitel pojištěnému pojistnou částku pro případ vážné choroby sjednanou v pojistné smlouvě k datu pojistné události.
3. Pojistná událost je pro účely vymezení pojistného plnění v případě vážné choroby definována následovně:
 - 3.1. Pojistná událost nastane, je-li u pojištěného písemnou lékařskou zprávou specifikovanou v odst. 4 tohoto článku potvrzeno:
 - a) první stanovení diagnózy některého z onemocnění uvedených v odst. 4 písm. a) až e), písm. h) až v) tohoto článku, nebo
 - b) první zařazení na čekací listinu pro orgánovou transplantaci podle odst. 4 písm. f) tohoto článku, nebo
 - c) první podstoupení chirurgického zákroku uvedeného v odst. 4 písm. g) a w) 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 pro případ vážné choroby a současně byly splněny podmínky uvedené v odst. 3.2 tohoto článku.
 - 3.2. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 4 písm. a), c), i), j), k), l), n), o), p), s), t), v) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 4 písm. b) tohoto článku je nezbytné, aby neurologický nálezu u pojištěného přetrvával ještě alespoň po třech kalendářních měsících následujících ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 4 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 případě vážné choroby uvedené v odst. 4 písm. e) tohoto článku je nezbytná dialyzační léčba pojištěného trvající alespoň tři po sobě následující kalendářní měsíce. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 4 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 případě vážné choroby uvedené v odst. 4 písm. g) a w) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne podstoupení chirurgického zákroku. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 4 písm. h) tohoto článku je nezbytné oftalmologické lékařské vyšetření pojištěného provedené nejdříve po třech kalendářních měsících ode dne stanovení diagnózy a potvrzující její trvalost. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 4 písm. m) tohoto článku je nezbytné, aby neurologické následky přetrvávaly alespoň 3 kalendářní měsíce po stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 4 písm. r) tohoto článku je nezbytné, aby diagnóza přetrvávala, alespoň 6 kalendářních měsíců ode dne stanovení diagnózy odborným neurologem. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby klíšťové encefalitidy uvedené v odst. 4 písm. u) tohoto článku je nezbytné, aby neurologický nálezu u pojištěného přetrvával ještě alespoň po třech kalendářních měsících následujících ode dne stanovení diagnózy a v případě vážné choroby lymeské nemoci uvedené v odst. 4 písm. u) je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne stanovení diagnózy.
 - 3.3. Splnění podmínky uplynutí tří kalendářních měsíců od počátku pojištění pro případ vážné choroby dle odst. 2 a odst. 3.1 tohoto článku se nevyžaduje, došlo-li k vážné chorobě výlučně v důsledku úrazu prokazatelně vzniklého nejdříve v den počátku pojištění pro případ vážné choroby.
4. Pro účely sjednání pojištění pro případ vážné choroby a v souladu se zněním výše uvedených ustanovení tohoto článku se za vážnou chorobu při splnění níže uvedených podmínek považuje:

- a) infarkt myokardu
Infarktem myokardu se rozumí diagnóza akutního infarktu myokardu, potvrzená propouštěcí zprávou z kardiologického či interního oddělení a obsahující nálezy akinezie nebo dyskinezie při echokardiografickém vyšetření a zároveň splňující alespoň jednu z následujících tří podmínek:
1. vývoj patologického Q kmitu minimálně ve dvou EKG svodech (Q $\geq$ 0,04 s nebo Q>0,25% amplitudy kmitu R),
2. nespecifické EKG známky infarktu myokardu s charakteristickou dynamikou biochemických markerů, tj. CK-MB a troponinu,
3. 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. Tiskopis "Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události" musí vystavit odborný lékař kardiologického nebo interního zdravotnického zařízení na území České republiky.
- b) cévní mozková příhoda
Cévní mozkovou příhodou se rozumí náhodile vzniklé poškození mozku v důsledku krvácení do mozkové tkáně nebo nedokrvení mozkové tkáně s odpovídajícím neurologickým nálezem, který musí přetrvávat ještě alespoň tři kalendářní měsíce po stanovení diagnózy cévní mozkové příhody. Součástí diagnózy musí být některé zobrazovací vyšetření 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 předmetnou příhodou hodnoceným nejdříve po třech kalendářních měsících od stanovení diagnózy cévní mozkové příhody. Tiskopis "Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události" musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení na území České republiky.
- 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, leukémii 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 současné 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. Tiskopis "Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události" musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení na území České republiky.
- 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 trvalého neurologického poškození.
Pojistná ochrana se nevztahuje na cysty, cévní malformace, hematomy, nádory podvěšku 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. Tiskopis "Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události" musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení na území České republiky.
- 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 trvající alespoň tři po sobě následující kalendářní měsíce. Tiskopis "Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události" musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení na území České republiky.
- 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 krevetvorných buněk, při níž bude pojištěný příjemcem transplantátu. Na transplantaci 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 věnčitých tepen
Operací věnčitých (koronárních) tepen se rozumí kardiologický zákrok s použitím mimotělního oběhu, provedený u pojištěného s ischemickou chorobou srdeční, kterým se přemostí oblast zúžení nebo uzavřené koronární tepny pomocí žilního nebo arteriálního štěpu (tzv. bypass). 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 koronarografie, ultrazvuku, nebo CT a angiografický záznam vyšetření pojištěného prokazující přítomnost takového poškození věnčitých tepen, které bylo nezbytné řešit výše popsanou operací. Tiskopis "Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události" musí vystavit odborný lékař kardiologického zdravotnického zařízení na území České republiky.
- 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. Tiskopis "Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události" musí být vystaven na území České republiky.
- 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 doložené audiometrickým vyšetřením s tympanometrií, a při jakémkoliv rozporu i vyšetřením kmenových evokovaných potenciálů (BERA). Tiskopis "Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události" musí vystavit odborný lékař otorinolaryngolog na území České republiky.
- j) infekce virem HIV v důsledku provedení krevní transfúze
Infekci 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 pro případ vážné choroby. Zdravotnické zařízení, které kontaminovanou krevní konzervu podalo, musí písemně svou odpovědnost za přenos viru HIV na pojištěného potvrdit.
Pojištěný je povinen pojistiteli 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.
- k) Creutzfeldova-Jakobova nemoc
Creutzfeldovou – Jakobovou nemocí se rozumí onemocnění způsobující trvalé a nevratné poškození mozkové tkáně infekční etiologie.
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis "Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události", jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze Creutzfeldova-Jakobova nemoc. Tiskopis "Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události" musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení na území České republiky.

- l) demence včetně Alzheimerovy choroby
Demenci se rozumí výrazný úbytek nebo úplná ztráta mentálních a sociálních schopností důsledkem nevratného selhání funkce mozku. Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis "Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události", jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze demence. Tiskopis "Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události" musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení na území České republiky.
- m) encefalitida
Encefalitidou se rozumí zánět mozku vyvolaný virem nebo bakteriemi. Onemocnění musí způsobit trvalé a nevratné neurologické následky. Diagnóza musí být potvrzena odborným neurologem na základě zobrazovacích diagnostických metod a průkazu infekčního agens. Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis "Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události", jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze encefalitidy nejdříve po třech kalendářních měsících po stanovení diagnózy encefalitidy. Tiskopis "Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události" musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení na území České republiky.
- n) koma
Komatem se rozumí stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnější či vnitřní podněty, který trvá nepřetržitě nejméně 96 hodin. Během této doby musí být uměle udržována některá ze základních životních funkcí. Následkem musí být prokazatelné trvalé poškození v klinickém neurologickém nálezu. Pojistná ochrana se nevztahuje na umělé koma (dlouhodobá narkóza) navozené medikamentózně pro léčebné účely. Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis "Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události", jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze koma. Tiskopis "Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události" musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení na území České republiky.
- o) onemocnění plic způsobující dechovou nedostatečnost
Onemocněním plic způsobující dechovou nedostatečnost se rozumí konečné stádium plicních onemocnění, která vedou k trvalé dechové tísní. Diagnóza musí být podložena spirometrickým vyšetřením, kdy FEV1 je trvale menší než 50% náležité hodnoty a/nebo je nutná trvalá kyslíková terapie pro hypoxémii. Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis "Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události", jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze onemocnění plic způsobující dechovou nedostatečnost. Tiskopis "Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události" musí vystavit odborný lékař pneumolog na území České republiky.
- p) Parkinsonova nemoc
Parkinsonovu nemoc se rozumí progredující neurologické onemocnění způsobené úbytkem buněk produkujících přenašeč dopamin. Pojistná ochrana se vztahuje pouze na případy, kdy je onemocnění příčinou trvalého a nevratného neurologického poškození (akinéza, rigor, klidový tremor nebo posturální instabilita) a nelze je kontrolovat medikamentózně. Diagnóza třetího stupně Parkinsonovy nemoci dle klasifikace Hoehn-Yahr musí být potvrzena odborným neurologem. Pojistná ochrana se nevztahuje na sekundární parkinsonské příznaky. Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis "Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události", jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze Parkinsonovy nemoci. Tiskopis "Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události" musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení na území České republiky.
- r) paraplegie, tetraplegie, hemiplegie
Paraplegií, tetraplegií a hemiplegií se rozumí úplné a trvalé ochrnutí obou dolních, obou horních nebo všech končetin nebo poloviny těla s úplným a trvalým přerušením vodivosti míchy pro vlákna zajišťující hybnost. Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis "Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události", jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze paraplegie nebo tetraplegie nebo hemiplegie, nejdříve 6 měsíců od data stanovení diagnózy paraplegie, tetraplegie a hemiplegie. Tiskopis "Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události" musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení na území České republiky.
- s) roztroušená skleróza
Roztroušenou sklerózou se rozumí chronické onemocnění centrálního nervového systému vyvolané úbytkem myelinu provázené poškozením pohybových a smyslových funkcí, prokázané typickými nálezy při vyšetření centrální nervové soustavy magnetickou rezonancí a vyšetřením mozkomíšního moku. Pojistná ochrana se vztahuje pouze na případy, kdy onemocnění dosáhne minimálně stupně 6.5 dle klasifikace EDSS. Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis "Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události", jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze roztroušené sklerózy. Tiskopis "Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události" musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení na území České republiky.
- t) těžké popáleniny
Těžkými popáleninami se rozumí popáleniny III. stupně s rozsahem minimálně 20% tělesného povrchu. Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis "Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události", jehož součástí je propouštěcí zpráva o hospitalizaci z důvodu této diagnózy. Tiskopis "Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události" musí vystavit odborný lékař zdravotnického zařízení na území České republiky.
- u) závažná onemocnění způsobená přísátím klíštěte (tzn. závažná forma klíšťové meningoencefalitidy nebo lymeské nemoci)
Tímto onemocněním se rozumí závažná forma klíšťové meningoencefalitidy nebo lymeské nemoci prokazatelně způsobené infekcí přenesenou přísátým klíštětem. K přísátí klíštěte musí prokazatelně dojít za doby trvání pojištění pro případ vážné choroby. Pojistná ochrana se vztahuje pouze na případy klíšťové encefalitidy, kdy pojištěný, doloží přítomnost protilátek proti klíšťové meningoencefalitidě v séru nebo mozkomíšním moku a zvýšení IgM protilátek prokazujících akutní infekci. Závažné trvalé neurologické následky klíšťové meningoencefalitidy přetrvávající alespoň 3 měsíce musí být potvrzeny odborným neurologem. Pojištěný je povinen pojistiteli předložit nejpozději po třech kalendářních měsících od stanovení diagnózy vyplněný tiskopis "Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události", jehož součástí je lékařské potvrzení o klíšťové meningoencefalitidě a lékařské potvrzení o přítomnosti protilátek proti klíšťové meningoencefalitidě v séru nebo mozkomíšním moku a zvýšení IgM protilátek prokazujících akutní infekci. Tiskopis "Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události" musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení na území České republiky. Pojistná ochrana se vztahuje pouze na případy, lymeské nemoci, kdy pojištěný, doloží diagnózu 3. stadia onemocnění potvrzenou odborným lékařem. Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis "Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události", jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze 3. stadia lymeské nemoci. Tiskopis "Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události" musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení na území České republiky.
- v) bakteriální meningitida
Bakteriální meningitidou se rozumí zánět mozkových blan způsobený bakteriemi. Poškození musí být potvrzeno odborným neurologem na základě zobrazovacích diagnostických metod a vyšetření mozkomíšního moku s typickým zánětlivým nálezem, průkazem agens, jejich antigenem nebo DNA bakterií v moku nebo krvi pomocí metody PCR. Pojistná ochrana se nevztahuje na meningitidy jiného než bakteriálního původu (viry, plísňe, paraziti). Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis "Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události", jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze bakteriální meningitidy. Tiskopis "Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události" musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení na území České republiky.
- w) operace aorty
Operací aorty se rozumí operační výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, zúžení, aneurysmatu. Pro účel této definice se aortou rozumí hrudní a břišní aorta nikoli její větve. Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis "Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události", jehož součástí je lékařské potvrzení o provedení chirurgického zákroku a propouštěcí zpráva o hospitalizaci z důvodu této operace. Tiskopis "Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události" musí vystavit odborný lékař zdravotnického zařízení na území České republiky.
5. Kromě povinností uvedených v odst. 4 tohoto článku je pojištěný dále povinen:
- a) písemně oznámit pojistiteli na příslušném tiskopisu vznik pojistné události, a to bez zbytečného odkladu,
 - b) pokud u něho byla během prvních tří kalendářních měsíců následujících po počátku pojištění pro případ vážné choroby stanovena diagnóza vážné choroby, tuto skutečnost písemně v této lhůtě a bez zbytečného odkladu oznámit pojistiteli,
 - c) dodržovat veškeré pokyny lékaře vztahující se k léčbě 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 pojistitele kontrolnímu vyšetření zdravotního stavu u lékaře, kterého pojistitel určí, a v jím určeném termínu,
 - e) dodat pojistiteli všechny doklady, lékařské zprávy a posudky, které si pojistitel při pojistné události i kdykoliv v době trvání pojištění vyžádá, a to bez zbytečného odkladu,
 - f) umožnit pojistiteli získávat a zpracovávat veškerou zdravotní dokumentaci o své osobě, popř. tuto zdravotní dokumentaci pro pojistitele 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 zplnomocnit je k podání všech nutných informací pojistiteli,
 - g) zplnomocnit svou zdravotní pojišťovnu k poskytnutí všech informací, které si pojistitel vyžádá.
6. V souladu s ustanovením článku 9 odst. 2 VPP se pro pojištění pro případ vážné choroby ujednávají i následující výluky:

- 6.1. Pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění 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 sebezpoškození,
 - 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.
- 6.2. Pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění 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) infekci virem HIV či onemocněním AIDS, s výjimkou případů přenosu infekce viru HIV v důsledku provedení krevní transfúze podle odst. 4 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,
 - e) úrazem, který utrpěl při provozování bungee jumpingu, snowboardingu nebo lyžování mimo vyznačené tratě nebo mimo stanovenou dobu provozu na vyznačených tratích, letecké nebo lyžařské akrobacie, snowkitingu, landkitingu (apod.), snowraftingu, raftingu, canyoningu, cliffdivingu, potápění s dýchacím přístrojem, parašutismu, paraglidingu, base jumpingu, speleologie, horolezectví, vysokohorské turistiky (mimo turisticky značené cesty nebo s použitím horolezecké výstroje), alpinismu, skialpinismu, létání v motorových i bezmotorových letadlech s výjimkou státem licencovaných dopravců, létání v lehkých a ultralehkých letounech, na rogalu, kluzáku, v balonu, vzducholodi a při provozování dalších obdobných extrémních a adrenalinových sportů a činností,
 - f) nemocí nebo úrazem, které pojištěný utrpěl při přípravě na sport nebo výkonu sportu, na nějž má uzavřenu profesionální smlouvu s výjimkou billiaru, bowlingu, curlingu, jógy, kulečnicku, kuzelek, metané, pétanque, rybářských sportů, šachů, šipek moderních i klasických, turistiky a ZRTV,
 - g) požitím alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky,
 - h) úrazem, ke kterému došlo v souvislosti s požitím alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky.
- 6.3. Pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění pro případ vážné choroby v případech, kdy vážná choroba vznikla v přímé souvislosti se zdravotními nálezy diagnostikovanými před počátkem pojištění pro případ vážné choroby nebo je jejich přímým důsledkem.
7. V souladu s ustanovením článku 10 odst. 2 VPP je pojistitel oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění z pojištění pro případ vážné choroby i v případech, mělo-li vědomé porušení povinností uvedených v odst. 4 a v odst. 5 písm. c) až g) tohoto článku podstatný vliv na vznik pojistné události vážné choroby nebo na zvětšení rozsahu následků této pojistné události, nebo bylo-li znemožněno šetření nutné ke zjištění rozsahu povinností pojistitele plnit. Pojistitel sníží pojistné plnění podle toho, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinností plnit.
8. Nastala-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 3 tohoto článku a pojistitel za ni neposkytl pojistné plnění v souladu s ustanoveními článku 9 odst. 1 VPP nebo v souladu s ustanovením odst. 6.1 tohoto článku, pojištění pro případ vážné choroby zaniká.
9. Nastala-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 3 tohoto článku a pojistitel za ni neposkytl pojistné plnění v souladu s ustanovením odst. 6.2 a 6.3 tohoto článku, pojištění pro případ vážné choroby pokračuje beze změn.
10. Nastala-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 3 tohoto článku a pojistitel za ni poskytl pojistné plnění v souladu s odst. 2 tohoto článku, pojištění pro případ vážné choroby zaniká.
11. Pojištění pro případ vážné choroby zaniká nejpozději ve výroční den počátku pojištění v roce, v němž se pojištěný dožije 65 let věku.

Článek 6 Pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu

1. Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že je v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu dle článku 1 odst. 2 písm. c) těchto ZPP.
2. Je-li pojištěnému v době trvání pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu přiznána nejvyšší stupeň invalidity ve smyslu obecně závazných právních předpisů o sociálním zabezpečení (dále jen „plná invalidita“), a to následkem nemoci vzniklé nejdříve tři měsíce po počátku pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu a současně tato nemoc není v přímé souvislosti se zdravotními nálezy diagnostikovanými před počátkem pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu nebo jejich přímým důsledkem, vyplátí pojistitel pojištěnému pojistnou částku pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu sjednanou v pojistné smlouvě k datu stanovení diagnózy nemoci, v jejímž důsledku plná invalidita nastala.
3. Je-li pojištěnému v době trvání pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu přiznána plná invalidita, a to prokazatelně následkem úrazu nastalého nejdříve v den počátku pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu, vyplátí pojistitel pojištěnému pojistnou částku pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu sjednanou v pojistné smlouvě k datu vzniku první z těchto příčin.
4. Nastala-li plná invalidita pojištěného v souladu s odst. 2 a 3, jakož i ostatních odstavců tohoto článku, v důsledku několika příčin (tj. např. v důsledku jak nemoci, tak úrazu nebo v důsledku několika úrazů nebo několika nemocí), vyplátí pojistitel pojištěnému pojistnou částku pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu sjednanou v pojistné smlouvě k datu vzniku první z těchto příčin.
5. Pojištěný prokáže plnou invaliditu pojistiteli pravomocným rozhodnutím o přiznání plné invalidity od příslušné správy sociálního zabezpečení.
6. Ujednává se, že datem vzniku pojistné události je datum vzniku plné invalidity. Pro vznik nároku na pojistné plnění posuzuje pojistitel, a to v souladu s odst. 2, 3 a 4 tohoto článku, pojistnou událost jako celek, tj. včetně příčiny (nemoci a/nebo úrazu), v jejímž důsledku plná invalidita nastala.
7. V souladu s ustanovením článku 9 odst. 2 VPP se ujednává, že pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu i v případech, stane-li se pojištěný plně invalidním v důsledku:
 - a) působení mikrobiálních jedů nebo imunotoxických látek,
 - b) vědomého nevyhledání zdravotní péče nebo vědomého nerespektování rad a doporučení lékaře,
 - c) infekce virem HIV či onemocněním AIDS, s výjimkou případů přenosu infekce viru HIV v důsledku provedení krevní transfúze. Infekci 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 pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu. Zdravotnické zařízení, které kontaminovanou krevní konzervu podalo, musí písemně svou odpovědnost za přenos viru HIV na pojištěného potvrdit,
 - d) nemoci, která vznikla v důsledku úrazu, který pojištěný utrpěl před počátkem pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu,
 - e) úrazu, který vznikl v důsledku nemoci, jejíž diagnóza byla pojištěnému stanovena před počátkem pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu,
 - f) nemoci z povolání,
 - g) úrazu, který utrpěl v důsledku nepřiměřené tělesné námahy,
 - h) vrozených vad a nemocí,
 - i) úrazu, který utrpěl při provozování bungee jumpingu, snowboardingu nebo lyžování mimo vyznačené tratě nebo mimo stanovenou dobu provozu na vyznačených tratích, letecké nebo lyžařské akrobacie, snowkitingu, landkitingu (apod.), snowraftingu, raftingu, canyoningu, cliffdivingu, potápění s dýchacím přístrojem, parašutismu, paraglidingu, base jumpingu, speleologie, horolezectví, vysokohorské turistiky (mimo turisticky značené cesty nebo s použitím horolezecké výstroje), alpinismu, skialpinismu, létání v motorových i bezmotorových letadlech s výjimkou státem licencovaných dopravců, létání v lehkých a ultralehkých letounech, na rogalu, kluzáku, v balonu, vzducholodi a při provozování dalších obdobných extrémních a adrenalinových sportů a činností,
 - j) nemoci nebo úrazu, které pojištěný utrpěl při přípravě na sport nebo výkonu sportu, na nějž má uzavřenu profesionální smlouvu s výjimkou billiaru, bowlingu, curlingu, jógy, kulečnicku, kuzelek, metané, pétanque, rybářských sportů, šachů, šipek moderních i klasických, turistiky a ZRTV,
 - k) nemoci nebo úrazu, který utrpěl při výkonu některého z níže uvedených povolání, resp. činností - artista, dělník v těžkém průmyslu, elektromechanik silnoproudých vedení, hasič (i dobrovolný), hrobník, kaskadér, krotitel zvířet, lesní dělník, lešenář, malíř nebo natěrač nebo obkladač nebo čistíč pracující ve výškách, námořník, nekvalifikované dělnické profese včetně stavebních, pilot, pokrývač, popelář, posunovač, potápěč, pracovník na pile, pracovník ozbrojených sil, pracovník silniční údržby, pyrotechnik, pracovník s výbušninami, slévač, speleolog, tavič, těžář ropy a plynu, tovární jezdec motorových vozidel nebo plavidel, stěhovák, tunelář, učitel bojových sportů, umývač oken pracující ve výškách, veškeré důlní profese (např. horník, důlní zámečník, důlní inženýr atd.),
 - l) požívání alkoholu nebo aplikace jiných omamných, toxických, psychotropních či ostatních látek způsobilych nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování.
8. V souladu s ustanovením článku 9 odst. 2 VPP se ujednává, že pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu i v případech, kdy pojištěnému byla ke dni počátku pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu nebo v období 5 let před počátkem pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu přiznána invalidita jakéhokoliv stupně resp. plná nebo částečná invalidita.
9. Ujednává se, že ustanovení čl. 10 odst. 1 písm. b) VPP se na pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu nevztahuje.
10. V souladu s ustanovením článku 10 odst. 2 VPP je pojistitel oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu i v případech, porušil-li pojištěný povinnost dle odst. 11 tohoto článku.
11. Pojištěný je povinen bez zbytečného odkladu po obdržení rozhodnutí o přiznání plné invalidity od příslušné správy sociálního zabezpečení oznámit tuto skutečnost pojistiteli.
12. Nastala-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 2 nebo 3 tohoto článku, pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu zaniká, a to i v případech, že za tuto pojistnou událost pojistitel v souladu s ustanoveními článku 9 odst. 1 VPP nebo v souladu s ustanovením odst. 7 nebo 8 tohoto článku neposkytl pojistné plnění.
13. Pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu zaniká nejpozději ve výroční den počátku pojištění v roce, v němž se pojištěný dožije 65 let věku.

Článek 7 Pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu

1. Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že je v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu dle článku 1 odst. 2 písm. d) těchto ZPP.
2. Je-li pojištěnému v době trvání pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu přiznán nejvyšší stupeň invalidity ve smyslu obecně závazných právních předpisů o sociálním zabezpečení (dále jen „plná invalidita“), a to prokazatelně následkem úrazu nastalého nejdříve v den počátku pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu, vyplátí pojistitel pojištěnému pojistnou částku pro případ plné invalidity následkem úrazu sjednanou v pojistné smlouvě k datu úrazu, v jehož důsledku plná invalidita nastala. Nastala-li plná invalidita v důsledku několika úrazů, vyplátí pojistitel pojištěnému pojistnou částku pro případ plné invalidity následkem úrazu sjednanou v pojistné smlouvě k datu prvního z nich.
3. Pojištěný prokáže plnou invaliditu pojistiteli pravomocným rozhodnutím o přiznání plné invalidity od příslušné správy sociálního zabezpečení.
4. Ujednává se, že datem vzniku pojistné události je datum vzniku plné invalidity. Pro vznik nároku na pojistné plnění posuzuje pojistitel, a to v souladu s odst. 2 tohoto článku, pojistnou událost jako celek, tj. včetně příčiny (úrazu), v jejímž důsledku plná invalidita nastala.
5. V souladu s ustanovením článku 9 odst. 2 VPP se ujednává, že pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu i v případech, stane-li se pojištěný plně invalidním v důsledku:
 - a) působení mikrobiálních jedů nebo imunotoxických látek,
 - b) vědomého nevyhledání zdravotní péče nebo vědomého nerespektování rad a doporučení lékaře,
 - c) úrazu, který vznikl v důsledku nemoci,
 - d) úrazu, který utrpěl v důsledku nepřiměřené tělesné námahy,
 - e) infekční nemoci přenesené zraněním,
 - f) diagnostických, léčebných a preventivních zákroků, které nebyly provedeny za účelem léčení následků úrazu,
 - g) vzniku a zhoršení kýly (hernií), bérceových vředů, diabetických gangrén, nádorů všeho druhu a původu, vzniku a zhoršení aseptických zánětů pochev slachových, úponů svalových, tíhových vádků a epikondylitid,
 - h) ploténkových a algických páteřních syndromů a výhřezů plotének neúrazovým dějem a mikrotraumatem,
 - i) zhoršení již existující nemoci v důsledku úrazu,
 - j) vrozené lomivosti kostí nebo patologických a únarvových zlomenin nebo v důsledku jiných vrozených vad nebo nemocí,
 - k) úrazu, který utrpěl při provozování bungee jumpingu, snowboardingu nebo lyžování mimo vyznačené tratě nebo mimo stanovenou dobu provozu na vyznačených tratích, letecké nebo lyžařské akrobacie, snowkitingu, landkitingu (apod.), snowraftingu, raftingu, canyoningu, cliffdivingu, potápění s dýchacím přístrojem, parašutismu, paraglidingu, base jumping, speleologie, horolezectví, vysokohorské turistiky (mimo turisticky značené cesty nebo s použitím horolezecké výzbroje), alpinismu, skialpinismu, létání v motorových i bezmotorových letadlech s výjimkou státem licencovaných dopravců, létání v lehkých a ultralehkých letounech, na rogalu, kluzáku, v balónu, vzducholodi a při provozování dalších obdobných extrémních a adrenalinových sportů a činností,
 - l) úrazu, který pojištěný utrpěl při přípravě na sport nebo výkonu sportu, na nějž má uzavřenu profesionální smlouvu s výjimkou billiardu, bowlingu, curlingu, jógy, kulečnicku, kuželek, metané, pétanque, rybářských sportů, šachů, šipek moderních i klasických, turistiky a ZRTV,
 - m) úrazu, který utrpěl při výkonu některého z níže uvedených povolání, resp. činností - artista, dělník v těžkém průmyslu, elektromechanik silnoproudých vedení, hasič (i dobrovolný), hrobník, kaskadér, krotitel zvířete, lesní dělník, lešenář, malíř nebo natěrač nebo obkladač nebo čistíč pracující ve výškách, námořník, nekvalifikované dělnické profese včetně stavebních, pilot, pokrývač, popelář, posunovač, potápěč, pracovník na pile, pracovník ozbrojených sil, pracovník silniční údržby, pyrotechnik, pracovník s výbušninami, slévač, speleolog, tavič, těžář ropy a plynu, tovární jezdec motorových vozidel nebo plavidel, stěhovák, tunelář, učitel bojových sportů, umývač oken pracující ve výškách, veškeré důlní profese (např. horník, důlní zámečnick, důlní inženýr atd.),
 - n) požívání alkoholu nebo aplikace jiných omamných, toxických, psychotropních či ostatních látek způsobily nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování.
6. V souladu s ustanovením článku 9 odst. 2 VPP se ujednává, že pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu i v případech, kdy pojištěnému byla ke dni počátku pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu nebo v období 5 let před počátkem pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu přiznána invalidita jakéhokoliv stupně resp. plná nebo částečná invalidita.
7. Ujednává se, že ustanovení čl. 10 odst. 1 písm. b) VPP se na pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu nevztahuje.
8. V souladu s ustanovením článku 10 odst. 2 VPP je pojistitel oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu i v případech, porušil-li pojištěný povinnost dle odst. 9 tohoto článku.
9. Pojištěný je povinen bez zbytečného odkladu po obdržení rozhodnutí o přiznání plné invalidity od příslušné správy sociálního zabezpečení oznámit tuto skutečnost pojistiteli.
10. Nastala-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 2 tohoto článku, pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu zaniká, a to i v případech, že za tuto pojistnou událost pojistitel v souladu s ustanoveními článku 9 odst. 1 VPP nebo v souladu s ustanovením odst. 5 nebo 6 tohoto článku neposkytl pojistné plnění.
11. Pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu zaniká nejpozději ve výroční den počátku pojištění v roce, v němž se pojištěný dožije 65 let věku.

Článek 8 Pojištění zproštění od placení pojistného pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu

1. Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že je v pojistné smlouvě sjednáno pojištění zproštění od placení pojistného pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu dle článku 1 odst. 2 písm. e) těchto ZPP (dále jen "pojištění zproštění od placení pojistného").
2. Je-li pojištěnému, který je současně shodný s pojistníkem (dále jen "pojištěný") v době trvání pojištění zproštění od placení pojistného přiznán nejvyšší stupeň invalidity ve smyslu obecně závazných právních předpisů o sociálním zabezpečení (dále jen "plná invalidita"), a to:
 - a) následkem nemoci vzniklé nejdříve tři měsíce po počátku pojištění zproštění od placení pojistného a současně tato nemoc není v přímé souvislosti se zdravotními nálezy diagnostickými před počátkem pojištění zproštění od placení pojistného nebo jejich přímým důsledkem
 - b) nebo prokazatelně následkem úrazu nastalého nejdříve v den počátku pojištění zproštění od placení pojistného, je pojištěný zproštěn povinnosti platit běžné pojistné za pojištění sjednaná v pojistné smlouvě, a to od pojistného období následujícího po datu oznámení pojistné události pojistiteli (dále jen "počátek zproštění") do konce pojištění, nejdéle však za pojistné období, jež končí ve výroční den počátku pojištění v roce, v němž se pojištěný dožije 65 let věku (dále jen "konec zproštění").
3. Veškerá pojištění sjednaná v pojistné smlouvě k datu počátku zproštění zůstávají v platnosti beze změn s výjimkou pojištění zproštění od placení pojistného, které zaniká k datu vzniku plné invalidity. Běžné pojistné za pojištění, která zůstala v platnosti, hradí pojistitel až do konce zproštění. V případě, že datum konce zproštění není současně datem konce základního pojištění ujednaným v pojistné smlouvě, je pojistník ode dne následujícího po datu konce zproštění povinen platit pojistné za základní pojištění.
4. Pojištěný prokáže plnou invaliditu pojistiteli pravomocným rozhodnutím o přiznání plné invalidity od příslušné správy sociálního zabezpečení.
5. Ujednává se, že datem vzniku pojistné události je datum vzniku plné invalidity. Pro vznik nároku na pojistné plnění posuzuje pojistitel, a to v souladu s odst. 2, 3 a 4 tohoto článku, pojistnou událost jako celek, tj. včetně příčiny (nemoci a/nebo úrazu), v jejímž důsledku plná invalidita nastala.
6. V souladu s ustanovením článku 9 odst. 2 VPP se ujednává, že pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění zproštění od placení pojistného i v případech, stane-li se pojištěný plně invalidním v důsledku:
 - a) působení mikrobiálních jedů nebo imunotoxických látek,
 - b) vědomého nevyhledání zdravotní péče nebo vědomého nerespektování rad a doporučení lékaře,
 - c) infekce virem HIV či onemocnění AIDS, s výjimkou případů přenosu 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 zproštění od placení pojistného. Zdravotnické zařízení, které kontaminovanou krevní konzervu podalo, musí písemně svou odpovědnost za přenos virem HIV na pojištěného potvrdit,
 - d) nemoci, která vznikla v důsledku úrazu, který pojištěný utrpěl před počátkem pojištění zproštění od placení pojistného,
 - e) úrazu, který vznikl v důsledku nemoci, jejíž diagnóza byla pojištěnému stanovena před počátkem pojištění zproštění od placení pojistného,
 - f) nemoci z povolání,
 - g) úrazu, který utrpěl v důsledku nepřiměřené tělesné námahy,
 - h) vrozených vad a nemocí,
 - i) úrazu, který utrpěl při provozování bungee jumpingu, snowboardingu nebo lyžování mimo vyznačené tratě nebo mimo stanovenou dobu provozu na vyznačených tratích, letecké nebo lyžařské akrobacie, snowkitingu, landkitingu (apod.), snowraftingu, raftingu, canyoningu, cliffdivingu, potápění s dýchacím přístrojem, parašutismu, paraglidingu, base jumping, speleologie, horolezectví, vysokohorské turistiky (mimo turisticky značené cesty nebo s použitím horolezecké výzbroje), alpinismu, skialpinismu, létání v motorových i bezmotorových letadlech s výjimkou státem licencovaných dopravců, létání v lehkých a ultralehkých letounech, na rogalu, kluzáku, v balónu, vzducholodi a při provozování dalších obdobných extrémních a adrenalinových sportů a činností,
 - j) nemoci nebo úrazu, které pojištěný utrpěl při přípravě na sport nebo výkonu sportu, na nějž má uzavřenu profesionální smlouvu s výjimkou billiardu, bowlingu, curlingu, jógy, kulečnicku, kuželek, metané, pétanque, rybářských sportů, šachů, šipek moderních i klasických, turistiky a ZRTV,
 - k) nemoci nebo úrazu, který utrpěl při výkonu některého z níže uvedených povolání, resp. činností - artista, dělník v těžkém průmyslu, elektromechanik silnoproudých vedení, hasič (i dobrovolný), hrobník, kaskadér, krotitel zvířete, lesní dělník, lešenář, malíř nebo natěrač nebo obkladač nebo čistíč pracující ve výškách, námořník, nekvalifikované dělnické profese včetně stavebních, pilot, pokrývač, popelář, posunovač, potápěč, pracovník na pile, pracovník ozbrojených

- sil, pracovník silniční údržby, pyrotechnik, pracovník s výbušninami, slévač, speleolog, tavič, těžař ropy a plynu, tovární jezdec motorových vozidel nebo plavidel, stěhovák, tunelář, učitel bojových sportů, umývač oken pracující ve výškách, veškeré důlní profese (např. horník, důlní zámečnický, důlní inženýr atd.),
- l) 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 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, pojišťitel 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,
- m) požívání alkoholu nebo aplikace jiných omamných, toxických, psychotropních či ostatních látek způsobily nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování.
7. V souladu s ustanovením článku 9 odst. 2 VPP se ujednávalo, že pojišťitel neposkytne pojistné plnění z pojištění zproštění od placení pojistného i v případech, odvolá-li pojištěný v průběhu pojištění nebo v průběhu šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojišťitele plnit svůj souhlas ke zjišťování a přezkoumávání zdravotního stavu a zpracování osobních údajů dle čl. 13 odst. 8 VPP a má-li tato skutečnost vliv na šetření nutné ke zjištění rozsahu povinnosti pojišťitele plnit.
8. V souladu s ustanovením článku 9 odst. 2 VPP se ujednávalo, že pojišťitel neposkytne pojistné plnění z pojištění zproštění od placení pojistného i v případech, kdy pojištěnému byla ke dni počátku pojištění zproštění od placení pojistného nebo v období 5 let před počátkem pojištění zproštění od placení pojistného přiznána invalidita jakéhokoli stupně resp. plná nebo částečná invalidita.
9. Odchylně od čl. 9 odst. 1 písm. f) VPP se ujednávalo, že pojišťitel neposkytne pojistné plnění z pojištění zproštění od placení pojistného i v případech, nastala-li pojistná událost následkem pokusu o sebevraždu.
10. Ujednávalo se, že ustanovení čl. 10 VPP se na pojištění zproštění od placení pojistného nevztahuje.
11. Nastala-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 2 tohoto článku, pojištění zproštění od placení pojistného zaniká, a to i v případech, že za tuto pojistnou událost pojišťitel v souladu s ustanoveními článku 9 odst. 1 VPP nebo v souladu s ustanovením odst. 6 - 9 tohoto článku neposkytl pojistné plnění.
12. Pojištění zproštění od placení pojistného zaniká nejpozději ve výroční den počátku pojištění v roce, v němž se pojištěný dožije 65 let věku.

Článek 9 Pojištění pro případ smrti následkem úrazu

1. Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že je v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ smrti následkem úrazu dle článku 1 odst. 2 písm. f) těchto ZPP.
2. Byla-li úrazem, vzniklým v době trvání pojištění pro případ smrti následkem úrazu, způsobena pojištěnému smrt, která nastala nejpozději do tří let ode dne úrazu a nejde-li o smrt následkem úrazu, k němuž došlo při dopravní nehodě ve smyslu odst. 3 tohoto článku, vyplácí pojišťitel tomu, komu smrtí pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, pojistnou částku pro případ smrti následkem úrazu sjednanou v pojistné smlouvě k datu úrazu.
3. Zemřel-li pojištěný následkem úrazu, ke kterému došlo v době trvání pojištění pro případ smrti následkem úrazu při dopravní nehodě definované v zákoně č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů (zákon o silničním provozu), ve znění pozdějších předpisů, a to nejpozději do tří let ode dne úrazu, vyplácí pojišťitel tomu, komu smrtí pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, dvojnásobek pojistné částky pro případ smrti následkem úrazu sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu.
4. Pojištění pro případ smrti následkem úrazu zaniká nejpozději ve výroční den počátku pojištění v roce, v němž se pojištěný dožije 65 let věku.

Článek 10 Pojištění pro případ trvalých následků úrazu

1. Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že je v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ trvalých následků úrazu dle článku 1 odst. 2 písm. g) těchto ZPP.
2. Zanechá-li úraz, který vznikl v době trvání pojištění pro případ trvalých následků úrazu, pojištěnému trvalé následky, vyplácí pojišťitel 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 pojišťitele plnit (limit trvalých následků úrazu) a současně pojištěný na následky tohoto úrazu nezemřel do 6 měsíců ode dne úrazu.
3. Nemůže-li pojišťitel poskytnout pojistné plnění podle předchozího odstavce proto, že trvalé následky úrazu nejsou po uplynutí 6 měsíců ode dne úrazu ještě ustáleny, je povinen poskytnout pojištěnému na jeho požádání přiměřenou zálohu pouze tehdy, prokáže-li pojištěný pojišťiteli lékařskou zprávou, že alespoň část trvalých následků úrazu odpovídající minimálnímu rozsahu stanovenému v pojistné smlouvě k datu úrazu pro vznik povinnosti pojišťitele plnit má již trvalý charakter.
4. Týká-li-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánu, 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.
5. Výši pojistného plnění za trvalé následky úrazu určuje pojišťitel na základě zprávy o výsledku zdravotní prohlídky pojištěného u lékaře určeného pojišťitelem. Opírá se přitom o stanovisko lékaře, který pro něj vykonává odbornou poradní činnost.
6. Zdravotní prohlídku ke zjištění rozsahu trvalých následků úrazu u lékaře určeného pojišťitelem zabezpečí pojišťitel na svůj náklad v případě, kdy podle zprávy lékaře, který pojištěného ošetřoval, doplněné podle potřeby výpisem ze zdravotních záznamů o pojištěném, které si pojišťitel vyžádá nebo které mu pojištěný v souladu s ustanovením článku 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 minimálně limitu trvalých následků úrazu sjednaného v pojistné smlouvě k datu úrazu.
7. V případech, u nichž není možno určit rozsah trvalých následků úrazu v souladu s ustanoveními odst. 5 a 6 tohoto článku, určí pojišťitel výši pojistného plnění podle zdravotní dokumentace pojištěného. Opírá se přitom o stanovisko lékaře, který pro něj vykonává odbornou poradní činnost.
8. Pokud pojištěný vyžaduje doplňující kontrolní vyšetření, je povinen nést náklady s ním spojené. Pojišťitel si vyhrazuje právo určit lékaře, resp. zdravotnické zařízení, u něhož bude vyšetření provedeno. V opačném případě není pojišťitel povinen výsledky kontrolního vyšetření akceptovat.
9. 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 pojišťitel výši plnění tak, aby v rámci daného rozpětí odpovídalo plnění povaze a rozsahu tělesného poškození, které bylo pojištěnému úrazem způsobeno.
10. Není-li jakékoliv tělesné poškození obsaženo v Oceňovací tabulce B, je pojišťitel 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.
11. Způsobil-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.
12. Pojišťitel je povinen vyplácet 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. 14 tohoto článku, a to i v případě, kdy součet procent pro jednotlivé trvalé následky stanovený dle odst. 11 tohoto článku hranici 100 % překročí.
13. Pojišťitel poskytuje 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. Pojišťitel bude 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.
15. Pojištění pro případ trvalých následků úrazu zaniká nejpozději ve výroční den počátku pojištění v roce, v němž se pojištěný dožije 65 let věku.

Společná ujednání pro pojištění pro případ smrti následkem úrazu a pro případ trvalých následků úrazu

Článek 11 Výluky z pojištění

1. Ustanovení tohoto článku platí, je-li v pojistné smlouvě sjednáno alespoň jedno z pojištění dle článku 1 odst. 2 písm. f) - g) těchto ZPP.
2. V souladu s ustanovením článku 9 odst. 2 VPP se pro pojištění dle odstavce 1 tohoto článku ujednávají i následující výluky uvedené v odst. 3 tohoto článku.
3. 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 letecké nebo lyžařské akrobacii, snowkitingu, landkitingu (apod.), při snowraftingu, raftingu, canyoningu, cliffdivingu, potápění s dýchacím přístrojem, parašutismu, paraglidingu, base jumping, speleologii, horolezectví, vysokohorské turistiky (mimo turisticky značené cesty nebo s použitím horolezecké výzbroje), alpinismu a skialpinismu, létání v motorových i bezmotorových letadlech s výjimkou státem licencovaných dopravců, létání v lehkých a ultralehkých letounech, na rogalu, kluzáku, v balónu, vzducholodi a při provozování dalších obdobných extrémních a adrenalinových sportů a činností pojištěným,
 - 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 původu, vznik a zhoršení aseptických zánětů pochev šlachových, úponů svalových, tíhových váčků 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 výhřezy 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) nastala-li pojistná událost v důsledku úrazu, který pojištěný utrpěl při výkonu některého z níže uvedených povolání, resp. činností: artista, hasič (i dobrovolný), kaskadér, krotitel zvířete, pilot, pracovník s výbušninami, pracovník ve výškách (pokud má předepsáno upevnění závěsem), pracující pod vodou s potápěčím dýchacím přístrojem, pyrotechnik, posunovač, příslušník horské záchranné služby, záchranář,
 - n) nastala-li pojistná událost v důsledku úrazu, který pojištěný utrpěl při provozování některého 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), box, cyklotrial, fotbal, in-line hokej, jezdecké závody na koních, lední hokej, motorismus, potápění, pozemní hokej, ragby, sjezdové a akrobatické lyžování, skoky do vody, skoky na lyžích, snowboarding, vodní slalom a sjezd, vysokohorská turistika, závody na horských kolech,
 - o) nastala-li pojistná událost v důsledku úrazu, který pojištěný utrpěl při přípravě na sport nebo výkonu sportu, na nějž má uzavřenu profesionální smlouvu s výjimkou billiaru, bowlingu, curlingu, jógy, kulečnicku, kuzelek, metané, pétanque, rybářských sportů, šachů, šipek moderních i klasických, turistiky a ZRTV.

Článek 12 Práva a povinnosti účastníků pojištění

1. Ustanovení tohoto článku platí, je-li v pojistné smlouvě sjednáno alespoň jedno z pojištění dle článku 1 odst. 2 písm. f) - g) těchto ZPP.
2. V souladu s ustanovením článku 11 odst. 11 VPP se pro pojištění dle odstavce 1 tohoto článku ujednávají i následující práva a povinnosti účastníků pojištění uvedené v odst. 3 tohoto článku.
3. Povinností 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.

Článek 13 Pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu

1. Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že je v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu dle článku 1 odst. 2 písm. h) těchto ZPP.
2. Z pojištění vznikne pojištěnému právo na pojistné plnění - denní dávku tehdy, pokud je v době trvání pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu přijat k hospitalizaci pod soustavným odborným dohledem kvalifikovaných lékařů na akutním lůžku lůžkového oddělení zdravotnického zařízení z důvodu, který je z lékařského hlediska nezbytný s ohledem na jeho úraz, vzniklý nejdříve v den počátku pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu, a jeho hospitalizace trvala alespoň 24 hodin, resp. zahrnovala alespoň 1 noc.
3. Není-li dále v tomto článku uvedeno jinak, denní dávka ve výši sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu náleží za každý den hospitalizace pojištěného, počínaje dnem jeho přijetí na akutní lůžko a konče dnem ukončení jeho hospitalizace na akutním lůžku, vyjma dnů, po které byla hospitalizace pojištěného přerušena z důvodu propustky.
4. Denní dávka ve výši dvojnásobku částky sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu náleží za každý i započatý den hospitalizace pojištěného na oddělení anesteziologicko-resuscitačním nebo oddělení intenzivní péče.
5. Denní dávka ve výši dvojnásobku částky sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu náleží za každý den hospitalizace pojištěného počínaje dnem jeho přijetí na akutní lůžko a konče dnem ukončení jeho hospitalizace na akutním lůžku, pokud během ní byla pojištěnému provedena neodkladná operace. Jestliže během hospitalizace dojde k více neodkladným operacím, považují se pro účely pojištění za jedinou.
6. Pokud během hospitalizace nastanou okolnosti uvedené v odst. 4 a 5 tohoto článku současně, ustanovení odst. 4 tohoto článku se nepoužije.
7. Pro účely stanovení počtu dní hospitalizace se její první den (den přijetí k hospitalizaci) a její poslední den (den ukončení hospitalizace) považují za jeden den hospitalizace.
8. Překlad pojištěného mezi odděleními nebo odbornostmi během hospitalizace, ať v rámci jednoho či několika zdravotnických zařízení, není považován za její ukončení ani zahájení.
9. Výše pojistného plnění se stanoví vynásobením počtu dní hospitalizace částkou denní dávky. Počet dní a výše denní dávky se určí podle zásad uvedených v tomto článku.
10. Maximální počet dní, za které pojistitel poskytne pojistné plnění, je 730 dní za jednu pojistnou událost.
11. V souladu s ustanovením článku 9 odst. 2 VPP se ujednává, že pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu i v těchto případech:
 - a) hospitalizace pojištěného způsobená mikrobiálními jedy nebo imunotoxickými látkami,
 - b) hospitalizace pojištěného pro vznik nebo zhoršení kýl (hernií), bércových vředů, diabetických gangrén, nádorů všeho druhu a původu, vznik a zhoršení aseptických zánětů pochev šlachových, úponů svalových, tíhových váčků a epikondylitid, ke kterým došlo následkem úrazu,
 - c) hospitalizace pojištěného z důvodu infekční nemoci, i když byla přenesena zraněním,
 - d) hospitalizace pojištěného jako následek diagnostických, léčebných a preventivních zákroků, které nebyly provedeny za účelem léčení následků úrazu,
 - e) hospitalizace pojištěného z důvodu zhoršení již existující nemoci následkem úrazu,
 - f) hospitalizace pojištěného z důvodu úrazu v důsledku nemoci,
 - g) hospitalizace pojištěného z důvodu infarktu myokardu, cévní mozkové příhody a epilepsie a hospitalizace z důvodu úrazu, ke kterému v jejich důsledku došlo,
 - h) hospitalizace pojištěného pro ploténkové a algické páteřní syndromy a výhřezy plotének neúrazovým dějem a mikrotraumatem,
 - i) hospitalizace pojištěného z důvodu úrazu v důsledku vrozené lomivosti kostí, metabolických poruch, patologických a únava zlomenin nebo v důsledku jiných vrozených vad nebo poruch,
 - j) hospitalizace pojištěného z jiného než léčebného, nebo diagnostického a léčebného, důvodu (např. ochranná či povinná léčba, sociální hospitalizace),
 - k) hospitalizace pojištěného z důvodu léčebné rehabilitace,
 - l) hospitalizace pojištěného pro úraz následkem nepřiměřené tělesné námahy,
 - m) hospitalizace pojištěného na vojenské posádkové ošetrovně, ve vězeňské nemocnici nebo vězeňské ošetrovně,
 - n) hospitalizace pojištěného mimo území členského státu Evropské unie,
 - o) sebezpoškození nebo úmyslné jednání pojištěného, včetně zneužití léků pojištěným nebo užívání léků pojištěným v rozporu s lékařským doporučením či vědomého nerespektování rad a doporučení lékaře, směřující k přijetí k hospitalizaci nebo k jejímu prodloužení,
 - p) hospitalizace pojištěného z důvodu úrazu, který utrpěl při provozování bungee jumpingu, snowboardingu nebo lyžování mimo vyznačené tratě nebo mimo stanovenou dobu provozu na vyznačených tratích, letecké nebo lyžařské akrobacie, snowkitingu, landkitingu (apod.), snowraftingu, raftingu, canyoningu,

- cliffdivingu, potápění s dýchacím přístrojem, parašutismu, paraglidingu, base jumping, speleologii, horolezectví, vysokohorské turistiky (mimo turisticky značené cesty nebo s použitím horolezecké výzbroje), alpinismu, skialpinismu, létání v motorových i bezmotorových letadlech s výjimkou státem licencovaných dopravců, létání v lehkých a ultralehkých letounech, na rogalu, kluzáku, v balónu, vzducholodi a při provozování dalších obdobných extrémních a adrenalinových sportů a činností,
- q) hospitalizace pojištěného z důvodu úrazu, který pojištěný utrpěl při přípravě na sport nebo výkonu sportu, na nějž má uzavřenu profesionální smlouvu s výjimkou biliardu, bowlingu, curlingu, jógy, kulečnicku, kuželek, metané, pétanque, rybářských sportů, šachů, šipek moderních i klasických, turistiky a ZRTV,
- r) hospitalizace pojištěného z důvodu úrazu, který utrpěl při výkonu některého z níže uvedených povolání, resp. činností - artista, dělník v těžkém průmyslu, elektromechanik silnoproudých vedení, hasič (i dobrovolný), hrobník, kaskadér, krotitel zvířet, lesní dělník, lešenář, malíř nebo natěrač nebo obkladač nebo čistíč pracující ve výškách, námořník, nekvalifikované dělnické profese včetně stavebních, pilot, pokrývač, popelář, posunovač, potápěč, pracovník na pile, pracovník ozbrojených sil, pracovník silniční údržby, pyrotechnik, pracovník s výbušninami, slévač, speleolog, tavič, těžář ropy a plynu, tovární jezdec motorových vozidel nebo plavidel, stěhovák, tunelář, učitel bojových sportů, umývač oken pracující ve výškách, veškeré důlní profese (např. horník, důlní zámečnick, důlní inženýr atd.),
- s) hospitalizace pojištěného, během které svévolně nebo na revers opustil zdravotnické zařízení, a všechny jeho následující hospitalizace pro stejnou příčinu nebo její komplikaci.
12. V souladu s ustanovením čl. 11 odst. 11 VPP se pro pojištění ujednávají i práva a povinnosti účastníků pojištění uvedené v tomto článku.
13. Pojištěný je povinen:
- a) bez zbytečného odkladu po ukončení hospitalizace předložit pojistiteli vyplněný tiskopis "Oznámení pojistné události – Hospitalizace pojištěného" a závěrečnou lékařskou propouštěcí zprávu o průběhu léčení (hospitalizace),
- b) dodržovat veškeré pokyny lékaře vztahující se k léčení příčiny, pro kterou byl hospitalizován, dodržovat léčebný režim a vyloučit veškerá jednání, která mohou nepříznivě ovlivnit jeho zdravotní stav, průběh či délku hospitalizace,
- c) vyžaduje-li to pojistitel, podrobit se na náklady pojistitele kontrolnímu vyšetření zdravotního stavu u lékaře, kterého pojistitel určí, a v jím určeném termínu,
- d) umožnit pojistiteli získávat a zpracovávat veškerou zdravotní dokumentaci o své osobě, popř. tuto zdravotní dokumentaci pro pojistitele na jeho vyžádání zajistit a zprostředkovat všem lékařům, kteří pojištěného léčili nebo vyšetřovali, a to i z jiných důvodů, než je pojistná událost, a zplnomocnit je k podání všech nutných informací pojistiteli,
- e) zplnomocnit svou zdravotní pojišťovnu k poskytnutí všech informací, které si pojistitel vyžádá.
14. V případě hospitalizace trvající déle než 1 měsíc je pojištěný oprávněn písemně požádat pojistitele o poskytnutí zálohy na pojistné plnění. K žádosti musí doložit tiskopis uvedený v odst. 13 písm. a) tohoto článku a lékařskou zprávu o dosavadním průběhu hospitalizace. Po ukončení hospitalizace je pojištěný povinen splnit povinnost uvedenou v odst. 13 písm. a) tohoto článku.
15. Pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu zaniká nejpozději ve výroční den počátku pojištění v roce, v němž se pojištěný dožije 65 let věku.

POJISTNÉ A POPLATKY

Článek 14 Běžné pojistné

1. Běžné pojistné se platí za dohodnutá pojistná období (měsíční, čtvrtletní, pololetní nebo roční) dle četnosti placení sjednané v pojistné smlouvě. První pojistné období začíná v den počátku pojištění. Běžné pojistné je splatné prvního dne pojistného období.
2. Běžné pojistné je součtem pojistného za základní pojištění a za vedlejší pojištění. Běžné pojistné za základní pojištění je snižováno o částky a o poplatky dle článku 16 odst. 1 těchto ZPP a zbývající část je alokována na podíly jednotlivých programů investování. Běžné pojistné za jednotlivá vedlejší pojištění je celé spotřebováno na úhradu příslušného rizika a nepodílí se na tvorbě hodnoty pojištění.
3. Zvýšení nebo snížení běžného pojistného může být provedeno v souladu s odst. 6 a 7 tohoto článku a/nebo článkem 17 těchto ZPP.
4. Pro platby běžného pojistného určí pojistitel pojistníkovi variabilní symbol, který mu bude sdělen v pojistce. Číslo účtu pojistitele pro placení běžného pojistného je uvedeno v pojistné smlouvě.
5. Pojistitel nenese odpovědnost za důsledky nepřiznání platby běžného pojistného na pojistnou smlouvu v důsledku chybného uvedení variabilního symbolu nebo čísla účtu pojistitele.
6. V případě, že datum konce základního pojištění ujednaný v pojistné smlouvě přesahuje výroční den počátku pojištění v roce, v němž se pojištěný dožije 65 let věku, snižuje se běžné pojistné počínaje následujícím pojistným obdobím po tomto výročním dni na částku pojistného za základní pojištění.
7. Zaniklo-li některé z vedlejších pojištění sjednaných v pojistné smlouvě pojistnou událostí, snižuje se běžné pojistné o částku pojistného za dané vedlejší pojištění, a to od pojistného období následujícího po datu vzniku pojistné události.
8. Pojistitel neumožňuje platit běžné pojistné, resp. jeho část, za pojistníka jeho zaměstnavatelem ve smyslu předpisů o dani z příjmů. Bylo-li pojistné zaměstnavatelem za pojistníka přesto zaplacen, pojistitel není povinen považovat je za pojistné zaplacené zaměstnavatelem s důsledky ve smyslu předpisů o dani z příjmů a nenese odpovědnost za případné následky z toho plynoucí.

Článek 15 Mimořádné pojistné

1. Mimořádné pojistné je pojistné, které pojistitel umožňuje pojistníkovi platit mimo úhrady běžného pojistného. Pojistník je v době trvání pojištění oprávněn písemně požádat na příslušném tiskopisu pojistitele o zaplacení mimořádného pojistného, pokud je běžné pojistné řádně placeno. Mimořádné pojistné musí být zaplacen ve formě stanovené pojistitelem a nesmí být nižší než minimální limit stanovený pojistitelem v sazebníku. Pojistitel je oprávněn stanovit v sazebníku i maximální limit celkového mimořádného pojistného.
2. Pojistitel nenese odpovědnost za důsledky nepřiznání mimořádného pojistného na pojistnou smlouvu, nesplňuje-li mimořádné pojistné podmínky dané limity pojistitele.
3. Pro platby mimořádného pojistného jsou variabilní symbol a číslo účtu pojistitele uvedeny v žádosti o zaplacení mimořádného pojistného.
4. Pojistitel rovněž nenese odpovědnost za důsledky nepřiznání platby mimořádného pojistného na pojistnou smlouvu v důsledku chybného uvedení variabilního symbolu nebo čísla účtu pojistitele.
5. Mimořádné pojistné je sníženo o poplatky dle článku 16 odst. 3 těchto ZPP.
6. Nepřijme-li pojistitel žádost pojistníka o zaplacení mimořádného pojistného, oznámí toto pojistníkovi písemně do 15 dnů od data doručení žádosti. Pojistník je povinen písemně sdělit pojistiteli, jakým způsobem a kam má odmítnuté mimořádné pojistné, bylo-li již zaplacen, vrátit. Pojistitel je povinen odmítnuté mimořádné pojistné vrátit pojistníkovi bez zbytečného odkladu poté, co je mu pojistníkem způsob jeho vrácení písemně sdělen.
7. Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na povinnost pojistníka platit běžné pojistné.
8. Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na výši pojistných částek.
9. Pojistitel neumožňuje platit mimořádné pojistné za pojistníka jeho zaměstnavatelem ve smyslu předpisů o dani z příjmů. Bylo-li pojistné zaměstnavatelem za pojistníka přesto zaplacen, pojistitel není povinen považovat je za pojistné zaplacené zaměstnavatelem s důsledky ve smyslu předpisů o dani z příjmů a nenese odpovědnost za případné následky z toho plynoucí.

Článek 16 Poplatky, rozdělování (alokace) pojistného

1. Běžné pojistné za základní pojištění je sníženo o částku určenou na úhradu nákladů pojistitele spojených se správou pojištění a úhradu rizika smrti následkem úrazu, které je součástí základního pojištění (dále jen „fixní část pojistného“). Hodnota fixní části pojistného je uvedena v sazebníku. Po odečtení fixní části pojistného je pojistné za základní pojištění dále sníženo o alokační poplatek dle aktuální procentní hodnoty tohoto poplatku uvedené sazebníku. Zbývající část tohoto pojistného je převedena na podíly jednotlivých programů investování, a to v poměru sjednaném v pojistné smlouvě.
2. Rozdělování běžného pojistného za základní pojištění včetně převodu jeho části na podíly jednotlivých programů investování dle odst. 1 tohoto článku je provedeno nejdříve k počátku pojištění a dále pak vždy bezprostředně po přiřazení celé platby běžného pojistného na pojistnou smlouvu, nejdříve však k datu počátku pojistného období, za které nebylo běžné pojistné dosud uhrzeno.
3. Mimořádné pojistné je sníženo o alokační poplatek dle aktuální procentní hodnoty tohoto poplatku platné v době zaplacení mimořádného pojistného a uvedené v sazebníku. Zbývající část mimořádného pojistného po odpočtu alokačního poplatku je převedena na podíly jednotlivých programů investování, a to v poměru specifikovaném pojistníkem v žádosti o zaplacení mimořádného pojistného a v souladu s předpisy pojistitele platnými v době uhrazení mimořádného pojistného.
4. Mimořádné pojistné je převedeno na podíly jednotlivých programů investování v okamžiku jeho přiřazení na pojistnou smlouvu, nejdříve však k počátku pojištění.
5. Běžné pojistné za základní pojištění i mimořádné pojistné je převáděno na podíly jednotlivých programů investování na základě ceny podílů těchto programů investování platné v okamžiku převodu dle výše uvedeného.
6. Pojistitel je oprávněn stanovit v sazebníku poplatek na úhradu nákladů pojistitele spojených se správou programů investování tj. poplatek za správu aktiv, který je pojistitel oprávněn odečítat z příslušné hodnoty pojištění. Pojistitel určí počet podílů, potřebných k pokrytí tohoto poplatku, na základě jejich cen platných ke dni realizace odečtu tohoto poplatku v interním systému pojistitele.

7. Pojistitel je oprávněn odečíst z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění částku odpovídající poplatkům na administrativní náklady pojistitele spojené se změnami pojištění a úkony, které byly provedeny na základě písemného návrhu nebo žádosti pojistníka. Výše těchto poplatků jsou stanoveny v sazebníku.
8. Pojistitel určí počet podílů, potřebných k pokrytí částek dle odst. 7 tohoto článku, na základě jejich cen platných ke dni realizace příslušného úkonu v interním systému pojistitele. Jsou-li podíly připsané na podílovém účtu umístěny ve více než v jednom programu investování, odečtou se podíly jednotlivých programů investování ve stejném poměru jako je poměr hodnot podílů těchto programů investování připsaných na podílovém účtu a vytvořených na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění.

ZMĚNY POJIŠTĚNÍ

Článek 17 Změny pojištění na žádost pojistníka

1. Pojistník je v době trvání pojištění oprávněn písemně požádat o:
 - a) sjednání nebo zrušení vedlejších pojištění, a to v rámci podmínek stanovených pojistitelem,
 - b) snížení nebo zvýšení pojistných částek vedlejších pojištění, a to v rámci limitů stanovených pojistitelem,
 - c) snížení nebo zvýšení pojistného za základní pojištění, a to v rámci limitů stanovených pojistitelem.Změny dle písm. a) – c) tohoto odst. jsou vždy spojeny se změnou výše běžného pojistného, která musí být rovněž součástí žádosti pojistníka o změnu pojištění. Žádost pojistníka o změnu pojištění musí být předložena na příslušném tiskopisu pojistitele. Pojistitel je oprávněn stanovit v sazebníku lhůtu od počátku pojištění, po jejímž uplynutí může být žádost o změnu pojištění pojistníkem pojistiteli nejdříve předložena.
2. Pojistitel je oprávněn podmínit přijetí žádosti pojistníka o změnu pojištění řádným uhrazením běžného pojistného a prokázáním vyhovujícího zdravotního stavu pojištěného. Pokud pojištění bylo převedeno na pojištění s přerušením placení pojistného podle článku 18 těchto ZPP, nebo došlo ke zproštění od placení pojistného, žádost nelze přijmout.
3. Lhůta pro přijetí žádosti pojistníka o změnu pojištění pojistitelem se stanovuje na 2 měsíce od data jejího doručení pojistiteli. Akceptuje-li pojistitel žádost pojistníka o změnu pojištění, zašle pojistníkovi písemné potvrzení o přijetí změny. Ujednává se, že byla-li žádost o změnu pojištění pojistitelem přijata, je změna účinná od prvního dne pojistného období následujícího po pojistném období, v němž pojistitel žádost pojistníka o změnu pojištění přijal. Nepřijme-li pojistitel žádost pojistníka o změnu pojištění ve výše dohodnuté lhůtě, pozbývá tato platnost.
4. Žádosti o jiné než výše uvedené změny pojištění mohou být pojistníkem pojistiteli předloženy pouze tehdy, pokud je pojistitel umožní vydáním tiskopisu žádosti o příslušnou změnu. Analogicky pro ně platí ustanovení odst. 2 a 3 tohoto článku.

Článek 18 Přerušení placení pojistného, tzv. platební prázdniny

1. Počínaje druhým pojistným rokem je pojistník oprávněn kdykoliv v době trvání pojištění písemně požádat pojistitele o dočasné přerušení placení běžného pojistného, tzv. platební prázdniny (dále jen „dočasné přerušení placení pojistného“), a to za předpokladu, že běžné pojistné za první pojistný rok bylo plně uhrazeno a k datu zpracování žádosti pojistitelem dosahuje hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění po započtení případného dlužného pojistného minimálně výše stanovené pojistitelem v sazebníku. Žádost pojistníka o dočasné přerušení placení pojistného musí být předložena na příslušném tiskopisu pojistitele.
2. Dočasné přerušení placení pojistného může být provedeno maximálně na dobu a s frekvencí stanovenými pojistitelem v sazebníku. Období mezi dvěma přerušeními, tj. mezi ukončením předchozího a počátkem následujícího přerušení placení pojistného, musí být minimálně 12 měsíců a běžné pojistné za tuto dobu musí být plně uhrazeno.
3. Akceptuje-li pojistitel žádost pojistníka o dočasné přerušení placení pojistného, zašle pojistníkovi písemné potvrzení o přijetí této změny. Ujednává se, že byla-li žádost o dočasné přerušení placení pojistného je pojistitel oprávněn účtovat poplatek na pokrytí nákladů spojených s tímto úkonem, jehož výše je stanovena v sazebníku. Žádost doručena pojistiteli alespoň 15 dnů před tímto datem, nebo od prvního dne dalšího následujícího pojistného období, byla-li žádost doručena později. Nepřijme-li pojistitel žádost pojistníka o dočasné přerušení placení pojistného do data, od něhož by přerušení bylo dle výše uvedeného účinné, pozbývá tato platnost.
4. Vedlejší pojištění sjednaná v pojistné smlouvě zanikají dnem předcházejícím datu, kdy nastane dočasné přerušení placení pojistného a po ukončení dočasného přerušení placení pojistného se automaticky neobnovují. Základní pojištění pokračuje beze změny.
5. Za dočasné přerušení placení pojistného je pojistitel oprávněn účtovat poplatek na pokrytí nákladů spojených s tímto úkonem, jehož výše je stanovena v sazebníku.
6. Během dočasného přerušení placení pojistného není dotčeno právo pojistníka zaplatit mimořádné pojistné dle článku 15 těchto ZPP.
7. Poklesne-li během dočasného přerušení placení pojistného hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění na nebo pod hodnotu storno poplatku uvedeného v sazebníku, zanikne pojištění v souladu s článkem 22 odst. 6 těchto ZPP.
8. Od data doručení žádosti o dočasné přerušení placení pojistného pojistiteli do konce trvání platebních prázdnin nejsou povoleny výplaty z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění.

Článek 19 Převod podílů programů investování

1. Pojistník je oprávněn kdykoliv v době trvání pojištění písemně požádat o převod podílů připsaných na podílovém účtu mezi jednotlivými programy investování pro běžné pojistné nebo o převod podílů připsaných na podílovém účtu mezi jednotlivými programy investování pro mimořádné pojistné. Žádost pojistníka o převod podílů programů investování musí být předložena na příslušném tiskopisu pojistitele.
2. Akceptuje-li pojistitel žádost pojistníka o převod podílů mezi jednotlivými programy investování, zašle pojistníkovi písemné potvrzení o provedení této změny. Lhůta pro přijetí žádosti pojistníka o převod podílů se stanovuje na 2 měsíce od data jejího doručení pojistiteli. Nepřijme-li pojistitel žádost pojistníka o převod podílů ve výše dohodnuté lhůtě, pozbývá tato platnost.
3. Při provádění převodu podílů mezi jednotlivými programy investování pojistitel nejprve odebere podíly zvolených programů investování (dále jen "odkup jednotek") a teprve po jejich odebrání je nahradí podíly jiných zvolených programů investování (dále jen "nákup jednotek"), a to tak, aby hodnota nových podílů v okamžiku nákupu odpovídala hodnotě odebraných podílů.
4. Podíly se převádějí mezi jednotlivými programy investování podle cen podílů daných programů investování platných k datu realizace příslušného úkonu (nákupu nebo odkupu podílů) v interním systému pojistitele, a to v souladu s odst. 3 tohoto článku a odst. 4 článku 24 těchto ZPP.
5. Pojistitel je oprávněn stanovit v sazebníku minimální počet nebo minimální hodnotu převáděných podílů. Pojistitel je dále oprávněn stanovit v sazebníku minimální počet nebo minimální hodnotu podílů, která musí být ponechána v hodnotě daného programu investování.

Článek 20 Změna alokace běžného pojistného za základní pojištění

1. Pojistník je oprávněn kdykoliv v době trvání pojištění písemně požádat o změnu programu investování, do kterého se alokuje běžné pojistné za základní pojištění, či o změnu poměru, ve kterém se běžné pojistné za základní pojištění alokuje do jednotlivých programů investování. Pojistitel je oprávněn podmínit přijetí žádosti řádným uhrazením běžného pojistného. Žádost pojistníka o změnu alokace běžného pojistného za základní pojištění musí být předložena na příslušném tiskopisu pojistitele.
2. Akceptuje-li pojistitel žádost pojistníka o změnu alokace běžného pojistného za základní pojištění, zašle pojistníkovi písemné potvrzení o přijetí této změny. Ujednává se, že byla-li žádost o změnu alokace běžného pojistného za základní pojištění pojistitelem přijata, dojde ke změně alokace běžného pojistného za základní pojištění od prvního dne následujícího pojistného období, byla-li žádost doručena pojistiteli alespoň 30 dnů před tímto datem, nebo od prvního dne dalšího následujícího pojistného období, byla-li žádost doručena později. Nepřijme-li pojistitel žádost pojistníka o změnu alokace běžného pojistného za základní pojištění do data, od něhož by změna alokace byla dle výše uvedeného účinná, pozbývá tato platnost.
3. Nová alokace se uplatní pro veškeré běžné pojistné za základní pojištění přijaté pojistitelem po realizaci této změny v interním systému pojistitele.
4. Pojistitel je oprávněn stanovit v sazebníku minimální a maximální procentní část pojistného, která může být alokována do jednotlivých programů investování.

VÝPLATA ČÁSTI HODNOTY POJIŠTĚNÍ

Článek 21 Výplata části hodnoty pojištění

1. Pojistník je kdykoliv v době trvání pojištění oprávněn písemně požádat na příslušném tiskopisu pojistitele o výplatu části hodnoty pojištění. V prvním pojistném roce umožní pojistitel výplatu maximálně do výše hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného, bylo-li toto již zaplacené. Počínaje druhým pojistným rokem a za předpokladu, že běžné pojistné za první pojistný rok bylo plně uhrazeno, umožní pojistitel i výplatu z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění.
2. Částečnou výplatu z hodnoty pojištění pojistitel umožní maximálně v takové výši, aby hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění po výplatě neklesla pod limit stanovený pojistitelem v sazebníku a současně, aby součet veškerých dosud provedených výplat nepřevýšil součet pojistného zaplaceného za základní pojištění a mimořádného pojistného.
3. Pojistitel je oprávněn stanovit v sazebníku maximální počet výplat částí hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění v průběhu jednoho pojistného roku a/nebo maximální počet výplat částí hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného v průběhu jednoho pojistného roku.
4. Požádá-li pojistník o vyšší částku výplaty hodnoty pojištění, než je částka určená dle podmínek uvedených v odst. 1 a 2 tohoto článku, vyplátí mu pojistitel nejvýše částku určenou dle těchto podmínek.
5. Pojistitel je oprávněn výplatu částí hodnoty pojištění zamítnout.
6. Výplata části hodnoty pojištění bude provedena za použití cen podílů platných ke dni realizace výplaty v interním systému pojistitele.
7. Pojistitel provede výplatu z hodnoty pojištění bez zbytečného odkladu bezprostředně poté, co je mu doručena písemná žádost dle odst. 1 tohoto článku. Nejpozději však pojistitel provede výplatu do šesti týdnů od data doručení písemné žádosti pojistníka dle odst. 1 tohoto článku pojistiteli. Nelze-li výplatu v dané lhůtě provést, je pojistitel oprávněn žádost o výplatu zamítnout.
8. Pojistitel je oprávněn stanovit v sazebníku lhůtu pro výplatu z hodnoty pojištění. Tato lhůta, pokud je pojistitelem v sazebníku stanovena, se uplatní pouze tehdy, určí-li pojistník v písemné žádosti o výplatu z hodnoty pojištění jako jeden z programů investování, z nichž má být výplata provedena, garantovaný program investování pro běžné pojistné nebo garantovaný program investování pro mimořádné pojistné. V tomto případě počíná lhůta pro výplatu z hodnoty pojištění běžet od následujícího dne po datu doručení písemné žádosti pojistníka pojistiteli. Pojistitel výplatu z hodnoty pojištění realizuje ve svém interním systému bezprostředně po uplynutí této lhůty. Je-li pojistitelem v sazebníku lhůta pro výplatu z hodnoty pojištění stanovena, neuplatňuje se časová lhůta dle odst. 7 tohoto článku.

ZÁNÍK POJIŠTĚNÍ

Článek 22 Zánik pojištění, vznik nároku na odkupné

1. Zánikem základního pojištění zanikají i veškerá vedlejší pojištění, která byla v pojistné smlouvě sjednána.
2. Bylo-li v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ vážné choroby a diagnóza některého z onemocnění uvedených v článku 5 odst. 4 písm. a) - e), písm. h) - v) těchto ZPP nebo diagnóza onemocnění, které zapříčinilo zařazení na čekací listinu podle článku 5 odst. 4 písm. f) těchto ZPP nebo podstoupení chirurgického zákroku podle článku 5 odst. 4 písm. g) a w) těchto ZPP, byla u pojištěného stanovena během prvních tří kalendářních měsíců následujících po počátku pojištění pro případ vážné choroby, pojištění sjednaná v pojistné smlouvě, s výjimkou základního pojištění a pojištění dle článku 1 odst. 2 písm. f) - g), zanikají k datu stanovení diagnózy.
3. Při zániku základního pojištění, pro něž nejsou nároky z pojištění těmito ZPP nebo VPP specifikovány, vyplátí pojistitel pojistníkovi odkupné, vznikl-li již na něj dle odst. 4 a 5 tohoto článku nárok. Pro určení hodnoty odkupného se rozlišuje odkupné z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění a odkupné z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného. Celková výše odkupného je součtem částek odkupného stanovených dle odst. 4 a 5 tohoto článku. Od odkupného je pojistitelem vždy odečten sornovací poplatek ve výši stanovené pojistitelem v sazebníku.
4. Nárok na odkupné z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění vzniká u pojištěného tehdy, je-li hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění kladná, nejdříve však vzniká po roce trvání pojištění a za podmínky, že za první rok trvání pojištění bylo zaplacené běžné pojistné. Výše odkupného z běžného pojistného se stanoví jako hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění.
5. Nárok na odkupné z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného vzniká okamžikem zaplacení mimořádného pojistného, nejdříve však dnem počátku pojištění. Výše odkupného z mimořádného pojistného se stanoví jako hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení mimořádného pojistného.
6. Pojistitel je oprávněn rozhodnout o zániku pojištění v případech, kdy hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění poklesne na nebo pod hodnotu storno poplatku uvedeného v sazebníku. Rozhodne-li pojistitel o zániku pojištění v souladu s ustanovením tohoto odstavce, pojištění zaniká k poslednímu dni pojistného měsíce předcházejícího pojistnému měsíci, v němž hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění poklesne na nebo pod hodnotu storno poplatku uvedeného v sazebníku. Pojistitel je povinen tuto skutečnost pojistníkovi písemně oznámit, a to nejpozději do dvou měsíců od data zániku pojištění.
7. Odchylně od článku 6 odst. 2 věty první VPP se ujednává, že vedlejší pojištění dle článku 1 odst. 2 písm. b) - h) těchto ZPP může ke konci každého pojistného období vypovědět každá ze smluvních stran.
8. Poruší-li pojistník povinnost uvedenou v článku 11 odst. 9 písm. b) VPP a v důsledku toho nemohl pojistitel doručit písemnost(i) týkající se trvání pojištění (např. výpověď vedlejšího pojištění, upomínku k zaplacení pojistného) ujednává se, že dané pojištění zanikne ke konci pojistného období, v němž se pojistitel dozvěděl, že danou písemnost nelze doručit.

Článek 23 Zaokrouhlování

1. Pojistné a pojistné částky jsou vyjádřeny v celých Kč.
2. Při výplatě pojistného plnění, jakož i při výplatě částí hodnoty pojištění podle článku 21 těchto ZPP a jiných výplatách spojených s pojištěním, bude vyplacena částka zaokrouhlená na celé Kč, a to dle matematických pravidel.

PROGRAMY INVESTOVÁNÍ

Článek 24 Programy investování, investiční riziko a podíl na zisku

1. Pojistník si může zvolit z programů investování odlišujících se investiční strategií, povahou podkladových aktiv a tím i předpokládanou výnosností a mírou rizika.
2. Podkladová aktiva jednotlivých programů investování a výnosy z nich plynoucí jsou vlastnictvím pojistitele a zůstávají jím po celou dobu trvání pojištění. Pojištění proto nezakládá žádný nárok na žádná podkladová aktiva pojistitele, ani na žádné výnosy z těchto aktiv plynoucí.
3. Pojistitel je oprávněn uzavřít kdykoliv vstup do programu investování pro účely specifikované v článcích 14, 15, 19 a 20 těchto ZPP.
4. Pojistitel provádí jednotlivé úkony spojené buď se snížením nebo se zvýšením počtu podílů v hodnotě pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění, které vyplývají z ujednání této pojistné smlouvy nebo jsou prováděny na základě žádosti pojistníka, postupně jeden po druhém dle jejich časové posloupnosti. Tyto jednotlivé úkony jsou prováděny bez zbytečného odkladu, a to podle cen podílů daných programů investování pro běžné pojistné platných k datu realizace příslušného jednotlivého úkonu v interním systému pojistitele. Analogicky toto ujednání platí pro provádění jednotlivých úkonů spojených buď se snížením nebo se zvýšením počtu podílů v hodnotě pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného.
5. Investiční riziko spojené s prováděním úkonů dle odst. 4 tohoto článku a proměnlivou cenou podílů tržních programů investování nese pojistník.
6. Pojistitel je oprávněn změnit podkladová aktiva tržních programů investování při zachování charakteru podkladových aktiv. Při změně podkladových aktiv, pojistitel negarantuje zachování počtu podílů tržního programu investování, ale garantuje zachování hodnoty podílů tržního programu investování k datu změny podkladových aktiv. Pojistitel oznámí pojistníkovi změnu podkladových aktiv pro daný tržní program investování nejpozději do dvou měsíců od data provedení změny.
7. Pojistitel je oprávněn rozhodnout o zrušení tržního programu investování. Při zrušení tržního programu investování pojistitel negarantuje zachování počtu podílů tržního programu investování, ale garantuje zachování hodnoty daného tržního programu investování. Pojistitel nejpozději do dvou měsíců od data provedení změny písemně informuje pojistníka o převodu podílů do nového programu investování, o nové alokaci běžného pojistného a o datu její účinnosti.
8. Odchylně od ustanovení článku 12 VPP se na zisku podílí pouze garantované programy investování. Pojistitel přiznává zvlášť podíl na zisku ke garantovanému programu investování pro běžné pojistné, který navyšuje hodnotu programu investování pro běžné pojistné a zvlášť ke garantovanému programu investování pro mimořádné pojistné, který navyšuje hodnotu programu investování pro mimořádné pojistné.

9. Přízná-li pojistitel podílů na zisku dle odst. 8 tohoto článku, připíše je do hodnoty příslušného garantovaného programu investování formou zvýšení počtu podílů příslušného garantovaného programu investování.
10. Výše podílů na zisku není pojistitelem zaručena.
11. Nad rámec podílů na zisku dle odst. 8 -10 tohoto článku může pojistitel přiznat finanční bonus. Finanční bonus přiznává pojistitel na základě svého rozhodnutí a to dle pojistně technických zásad, zvláště do hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění a hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného. Výše finančního bonusu není pojistitelem zaručena a závisí rovněž na parametrech sjednaného pojištění.

Článek 25 Cena podílu programu investování

1. Cena podílu pro každý konkrétní tržní program investování není pojistitelem garantována a stanoví se na základě hodnoty podkladových aktiv a celkového počtu podílů daného tržního programu investování. Pojistitel je oprávněn odečíst od hodnoty podkladových aktiv, k nimž je program investování vztažen, všechny náklady, srážky a jiné poplatky přímo spojené s provozem programu investování, včetně výdajů na pořízení, prodej, oceňování a správu těchto podkladových aktiv.
2. Cena podílu garantovaných programů investování se určí tak, aby odpovídala aktuálnímu zhodnocení uvedenému pojistitelem pro daný garantovaný program investování v sazebníku. Pojistitel je povinen zveřejnit novou hodnotu zhodnocení přiřazenou k danému programu investování v sazebníku odchylně od odst. 6 čl. 13 VPP nejpozději do jednoho měsíce od data provedení změny.
3. Ceny podílů programů investování budou stanoveny v četnosti stanovené pojistitelem, minimálně však jednou za měsíc.

Článek 26 Závěrečné ustanovení

1. Od všech ustanovení těchto ZPP se pojistitel může v pojistné smlouvě odchýlit, vyžadují-li to účel a povaha pojištění.
2. Odchylně od ustanovení čl. 11 odst. 7 VPP se ujednává, že pojistník i oprávněná osoba jsou povinni podrobit se identifikaci a kontrole v souladu s příslušnými právními předpisy upravujícími opatření proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.
3. Tyto ZPP nabývají účinnosti dne 1. 1. 2013.