

VŠEOBECNÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

ze dne 1. 4. 2002

Úvodní ustanovení

Životní pojištění, které sjednává ČSOB Pojišťovna, a. s., člen holdingu ČSOB (dále jen „pojistitel“), se řídí Občanským zákoníkem č. 40/1964 Sb., ve znění pozdějších předpisů (dále jen „OZ“), ujednáními pojistné smlouvy, těmito Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění (dále jen „VPP“) a případnými doplňkovými nebo zvláštními pojistnými podmínkami pojistitele pro daný pojistný produkt. Veškeré pojistné podmínky pojistitele vztahující se k pojištění sjednanému pojistnou smlouvou jsou její nedílnou součástí.

Společná ustanovení

Článek 1 – Výklad pojmů

Tyto VPP vymezují následující pojmy:

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

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

Oprávněná osoba – osoba, které vzniká právo na pojistné plnění podle pojistné smlouvy nebo OZ, je-li pojistnou událostí smrt pojištěného.

Pojistná smlouva – právní dokument v písemné formě, který obsahuje konkrétní podmínky pojištění závazné pro obě smluvní strany, vzniká na základě návrhu na uzavření pojistné smlouvy a jeho přijetí smluvními stranami. Odkazují-li pojistné podmínky na pojistnou smlouvu, rozumí se pojistnou smlouvou jak vlastně ujednání pojistné smlouvy, tak veškeré pojistné podmínky, které jsou v souladu s „Úvodními ustanoveními“ těchto VPP její nedílnou součástí.

Pojistka – písemné potvrzení pojistitele o uzavření pojistné smlouvy.

Pojistná doba – doba, na kterou je sjednáno pojištění. Pojištění lze sjednat buď na dobu určitou (se sjednaným koncem pojištění) nebo na dobu neurčitou.

Pojistné – úplata za poskytnutou pojistnou ochranu, jejíž výše je stanovena v pojistné smlouvě. Pojistné lze platit za dohodnutá pojistná období - tj. běžné pojistné, nebo na jednu za celou pojistnou dobu - tj. jednorázové pojistné.

Pojistné období – časový interval dohodnutý v pojistné smlouvě pro placení běžného pojistného.

Pojistná událost – nahodilá událost blíže označená v pojistné smlouvě, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění.

Pojistné plnění – plnění, které je pojistitel povinen poskytnout, nastala-li pojistná událost; pojistitel je poskytnout v souladu s obsahem pojistné smlouvy, a to buď ve formě jednorázové částky nebo opakovaného plnění (např. důchodu). Pojistné plnění je splatné dle zásad obsažených v čl. 13 těchto VPP.

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

Hodnota pojištění – hodnota příslušné rezervy, včetně připsaných podílů na zisku - nestanoví-li pojistná smlouva jinak - náležející ke každé jednotlivé smlouvě životního pojištění, z něhož se vyplácí pojistné plnění při dožití nebo u kterého vzniká nárok na odbytné. Stanoví se k určitému časovému okamžiku podle pojistné technických zásad.

Odbytné – částka, kterou pojistitel vyplatí při zániku pojištění, a to v případech blíže stanovených pojistnými podmínkami pojistitele.

Sazebník administrativních poplatků a limitů (dále jen „sazebník“) – dokument pojistitele obsahující aktuální hodnoty administrativních poplatků a dalších limitů pro daný pojistný produkt; při stanovení konkrétní výše daného poplatku nebo limitu postupuje pojistitel v souladu s čl. 16 odst. 6 VPP. Sazebník je k dispozici na všech obchodních místech pojistitele.

Článek 2 – Druhy pojištění

- Pojistitel v rámci životního pojištění může sjednat:
 - pojištění pro případ smrti, pojištění pro případ dožití, pojištění pro případ smrti nebo dožití
 - pojištění prostředků na výživu dětí
 - důchodové pojištění
 - pojištění dle písm. a) až c) spojené s investičním fondem
 - pojištění ve formě kapitalizace
 - pojištění pro případ úrazu nebo nemoci, je-li doplňkem pojištění dle písm. a) až e)
- Pojistitel může sjednávat i jiné druhy životního pojištění. Není-li takové pojištění upraveno pojistnou smlouvou, platí pro něj ustanovení těchto VPP, která jsou mu povahou i účelem nejbližší.
- V jedné pojistné smlouvě lze s životním pojištěním sjednat i další druhy pojištění, a to, není-li v pojistné smlouvě sjednáno jinak, formou vedlejšího pojištění. Pro ně pak platí i pojistné podmínky příslušného druhu pojištění. Veškerá vedlejší pojištění sjednaná s životním pojištěním zanikají nejpozději zánikem tohoto životního pojištění.

Článek 3 – Uzavření pojistné smlouvy

- Návrh na uzavření pojistné smlouvy musí mít vždy písemnou formu.
- Jeho součástí jsou písemné dotazy pojistitele vztahující se ke sjednání pojištění včetně dotazů týkajících se zdravotního stavu pojištěného. Pojistník i pojištěný jsou povinni odpovědět pravdivě a úplně na všechny písemné dotazy pojistitele týkající se sjednávání pojištění. To platí, i jde-li o změnu pojištění. Vědomě nepravdivé nebo neúplné odpovědi mohou mít za následek postup pojistitele podle příslušných ustanovení OZ nebo těchto VPP.

Článek 4 – Počátek a konec pojištění

- Počátek pojištění je v 00:00 hodin dne sjednaného v pojistné smlouvě jako počátek pojištění.
- Pojištění nejpozději končí uplynutím stanovené doby pojištění, a to ve 24:00 hodin dne sjednaného v pojistné smlouvě jako konec pojištění.

Článek 5 – Pojistka

- Pojistitel vydá pojistníkovi pojistku jako písemné potvrzení o uzavření pojistné smlouvy.
- Dojde-li ke ztrátě nebo zničení pojistky, vydá pojistitel pojistníkovi na jeho žádost a náklad druhopis tohoto potvrzení.
- Vystavením druhopisu pojistky pozbývá originál nebo již dříve vydané druhopisy platnosti.

Článek 6 – Pojistné

- Výši pojistného určuje pojistitel pro jednotlivé pojistné produkty. Výše pojistného a délka pojistného období je uvedena v pojistné smlouvě. Běžné pojistné je splatné prvního dne pojistného období a jednorázové pojistné dnem počátku pojištění.
- Je-li výše pojistného závislá též na věku pojištěného, považuje se za jeho věk rozdíl mezi kalendářním rokem počátku pojištění a kalendářním rokem, v němž se pojištěný narodil.
- Je-li výše pojistného závislá též na zdravotním stavu pojištěného, je pojistitel oprávněn se souhlasem pojistníka výši pojistného přiměřeně upravit v závislosti na zvýšeném riziku.
- Pojistitel je oprávněn odečíst si případné dlužné pojistné od vypláceného plnění z pojištění náležejícího osobě pojistníka, a to ze všech pojistných smluv uzavřených s pojistitelem.
- Pojistitel je oprávněn použít případně přeplatky pojistného na úhradu pojistného za další pojistná období.

Článek 7 – Důsledky neplacení pojistného

- Není-li běžné pojistné za první pojistné období nebo jednorázové pojistné uhrzeno do tří měsíců od data jeho splatnosti, zanikne pojištění uplynutím této lhůty.
- Není-li běžné pojistné za další pojistné období zapláceno do šesti měsíců od data jeho splatnosti, zanikne pojištění, není-li v pojistných podmínkách pro daný pojistný produkt ujednáno jinak, uplynutím této lhůty v důsledku neplacení pojistného bez náhrady.

Článek 8 – Výpověď pojištění

- V souladu s ust. § 800 odst. 2 OZ se ujednává, že pojištění může vypovědět každá ze smluvních stran do dvou měsíců po uzavření pojistné smlouvy. Výpovědní lhůta je osmidenní a počíná běžet od následujícího dne po doručení písemné výpovědi druhé smluvní straně. Jejím uplynutím pojištění zaniká.
- Pojistník dále může pojištění, u kterého je sjednáno běžné pojistné, písemně vypovědět ke konci každého pojistného období. Výpověď musí být dána alespoň šest týdnů před jeho uplynutím. Pojištění za jednorázové pojistné může pojistník kromě výpovědi dle odst. 1 tohoto článku písemně vypovědět k poslednímu dni každého kalendářního měsíce. Výpověď musí být podána alespoň šest týdnů přede dnem, k němuž je uplatňována.
- Vznikl-li již k datu zániku pojištění výpověď dle odst. 1 a 2 tohoto článku nárok na odbytné, vyplatí pojistitel pojistníkovi odbytné. Nevznikl-li ještě nárok na odbytné, zaniká pojištění bez náhrady.

Článek 9 – Odbytné

Podmínky vzniku nároku na odbytné stanoví pojistitel v pojistných podmínkách pro daný pojistný produkt.

Článek 10 – Odstoupení od smlouvy, odmítnutí plnění

1. Zanikne-li pojištění odstoupením pojistitele od smlouvy podle ust. § 802 odst. 1 OZ, jsou si účastníci pojištění povinni vrátit vzájemně poskytnutá plnění. Pojistitel je povinen vrátit pojistníkovi zaplacené pojistné, které je oprávněn snížit o náklady, jež mu vznikly v souvislosti s uzavřením a spravováním pojistné smlouvy. Osoba, již bylo na základě této pojistné smlouvy poskytnuto plnění, je povinna jej pojistiteli vrátit.
2. Zanikne-li pojištění odmítnutím plnění pojistitelem podle ust. § 802 odst. 2 OZ, vyplatí pojistitel pojistníkovi odbytné, vznikl-li již na něj u pojištění nárok.

Článek 11 – Změny pojištění

1. Není-li v pojistných podmínkách pojistitele pro daný pojistný produkt stanoveno jinak, realizují se jakékoliv změny týkající se pojištění již sjednaného včetně změn jeho rozsahu na základě vzájemné dohody pojistníka s pojistitelem. Dohoda mezi smluvními stranami musí mít písemnou formu, jinak je neplatná.
2. Pojistitel má právo na úhradu nákladů, které mu provedením změny vzniknou, a je též oprávněn o tyto náklady snížit hodnotu pojištění.
3. Pojistitel má právo sjednanou dohodu o změně vypovědět do tří měsíců od data jejího uzavření, výpovědní lhůta je osmidená. Uplnutím výpovědní lhůty pozbývá dohoda o změně pojištění platnosti.

Článek 12 – Zproštění od placení pojistného

Podmínky vzniku nároku na zproštění od povinnosti platit pojistné stanoví pojistitel v pojistných podmínkách pro daný pojistný produkt.

Článek 13 – Plnění z pojištění

1. Z pojištění je pojistitel povinen poskytnout pojistné plnění, nastane-li pojistná událost v souladu s obsahem pojistné smlouvy. Je-li to v pojistné smlouvě ujednáno, může z něj poskytovat i jiné druhy plnění.
2. Poskytuje-li pojistitel z pojištění pojistné plnění a není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak, poskytne je pojištěnému a v případě, že pojistnou událostí je smrt pojištěného, poskytne je oprávněné osobě.
3. Z pojištění pojistitel poskytuje buď jednorázové nebo opakované plnění (např. důchod), a to podle toho, co bylo ujednáno v pojistné smlouvě.
4. Důchod se vyplácí za dohodnutá období, která se počítají od prvního dne v měsíci, ve kterém právo na výplatu důchodu vzniklo.
5. Rozsah pojistného plnění je určen v pojistných podmínkách pro daný pojistný produkt.
6. Kdo má právo na pojistné plnění z pojištění, je bez zbytečného odkladu povinen pojistiteli písemně oznámit, a to na příslušném tiskopise pojistitele, že nastala pojistná událost. Dále je povinen v souladu s ust. § 799 odst. 2 OZ předložit i další doklady požadované pojistitelem, pokud mají vliv na stanovení povinnosti pojistitele plnit a na výši pojistného plnění. Pojistitel rovněž může provést šetření pojistné události sám.
7. Je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, pojistitel při oznámení pojistné události dle odst. 6 tohoto článku vždy požaduje i předložení pojistky, ověřené kopie úmrtního listu a podrobné lékařské nebo úřední zprávy o příčině smrti; v případě dožití se dne konce pojištění pojištěným požaduje pojistitel vždy i předložení pojistky.
8. Pojistné plnění je splatné do patnácti dnů, jakmile pojistitel skončil šetření nutné k zjištění rozsahu pojistitele plnit. Šetření musí být provedeno bez zbytečného odkladu; nemůže-li být skončeno do jednoho měsíce po tom, kdy se pojistitel o pojistné události dozvěděl, je pojistitel povinen poskytnout pojištěnému na požádání přiměřenou zálohu.
9. Osoba, již má být plnění z pojištění pojistitelem vyplaceno, je povinna podrobit se identifikaci v souladu se zákonem č. 61/1996 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti, ve znění pozdějších předpisů.

Článek 14 – Omezení pojistného plnění, vyluky z pojištění

1. Není-li pojistnou smlouvou ujednáno jinak, pojištění se vztahuje na pojistné události v ní vymezené, které v době trvání pojištění nastanou kdekoliv.
2. Nastala-li u pojištěného pojistná událost v souvislosti s jednáním, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt, je pojistitel oprávněn snížit nebo neposkytnout pojistné plnění. Je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, je pojistitel oprávněn pojistné plnění pouze snížit.
3. Osoba, které má smrtí pojištěného vzniknout právo na pojistné plnění, tohoto práva nenabude, způsobila-li pojištěnému pojistnou událost úmyslným trestným činem, o kterém bylo ukončeno přípravné řízení v rámci trestního řízení. Pojistitel rovněž není povinen poskytnout pojistné plnění pojištěnému, který si sám způsobil pojistnou událost výše uvedeným činem.
4. Nastala-li u pojištěného pojistná událost pod vlivem alkoholu nebo jiných omamných, toxických, psychotropních či ostatních látek způsobilych nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování, je pojistitel oprávněn snížit, případně neposkytnout pojistné plnění. Je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, je pojistitel oprávněn pojistné plnění pouze snížit.
5. Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění, nastala-li u pojištěného pojistná událost v přímé nebo nepřímé souvislosti s válečným konfliktem, bojovými nebo válečnými akcemi, vzpourami, povstáními a nepokoji.
6. Pojistitel není dále povinen poskytnout pojistné plnění za pojistnou událost, kterou pojištěný utrpěl resp. která nastala při řízení motorového vozidla, plavidla či letadla, pro něž neměl příslušné oprávnění k řízení, nebo ke které došlo při letech, u nichž, s vědomím pojištěného, použité letadlo nebo pilot neměl úřední povolení, nebo které byly provedeny proti úřednímu předpisu nebo bez vědomí či proti vůli držitele letadla, dále za pojistnou událost, ke které došlo při účasti pojištěného na soutěžích a závodech motorových vozidel, letadel nebo plavidel a přípravných jízdách, letech nebo plavbách k nim (trénink). Rizika zde uvedená v souvislosti se soutěžími a závody lze pojistit na základě zvláštní dohody s pojistitelem.
7. Není-li v pojistné smlouvě stanoveno jinak, pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění, zemřel-li pojištěný do dvou měsíců od počátku pojištění v důsledku zdravotních potíží, kterými trpěl již před sjednáním pojištění a které uvedl při uzavření pojistné smlouvy.
8. Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění za smrt pojištěného nebo za pojistnou událost, která nastala následkem sebevraždy nebo pokusu o ni.
9. Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění za pojistnou událost, která nastala v přímé souvislosti s protiprávním jednáním pojištěného, o kterém bylo pravomocně rozhodnuto orgánem veřejné správy ve správním řízení nebo o kterém bylo ukončeno přípravné řízení v rámci trestního řízení.
10. Nastala-li pojistná událost, kterou je smrt pojištěného, za okolností specifikovaných v odst. 5 až 8 tohoto článku, pojistitel v souladu s ustanoveními těchto odstavců neplní pouze v případě, že u pojištění nevzniká nebo u pojištění dosud nevznikl nárok na odbytné. Vznikl-li již u pojištění nárok na odbytné, pojistitel pojistné plnění za smrt pojištěného pouze sníží, a to na hodnotu odbytného.
11. Poruší-li pojištěný ujednání čl. 10 a má-li tato skutečnost vliv na šetření nutné ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit, vyhrazuje si pojistitel právo snížit nebo neposkytnout pojistné plnění.
12. Pojistitel není dále povinen poskytnout pojistné plnění v dalších případech uvedených v pojistné smlouvě nebo v pojistných podmínkách pro daný pojistný produkt.

Článek 15 – Podíl na zisku

1. Podílem na zisku se rozumí rozdělení pojistné technických přebytků rezervy pojistného životních pojištění přímo do jednotlivých platných pojistných smluv, a to podle pojistné technických zásad.
2. Tyto přebytky jsou tvořené dosažením vyšších výnosů z investování prostředků příslušné rezervy. Stanovují se jednou ročně na základě výsledků a termínu roční účetní uzávěrky a zvyšují hodnotu pojištění, kromě pojištění, z nichž se již vyplácí důchod, a pojištění, kde investiční riziko nese pojistník.
3. U pojistných smluv, z nichž se již vyplácí důchod, budou přebytky vypláceny formou valorizace důchodu.
4. U pojistných smluv, kde investiční riziko nese pojistník, budou výnosy připsovány do jednotlivých pojistných smluv podle počtu podílů a druhu zvolených investičních instrumentů.

Článek 16 – Zvláštní ujednání

1. Všechny platby učiněné v souvislosti s pojištěním, ať již pojistníkem nebo pojistitelem, a také pojistné částky jsou uváděny a hrazeny v české měně a jsou splatné na území České republiky.
2. Rovněž veškeré doklady a dokumenty týkající se pojištění musí být účastníky pojištění předkládány v českém jazyce. V případě, že tyto byly vystaveny v cizím jazyce, musí k nim být přiložen úředně ověřený překlad do českého jazyka.
3. Odvolávají-li se všeobecné, doplňkové nebo zvláštní pojistné podmínky na platné právní předpisy, zejména zákony, rozumí se jimi platné právní předpisy České republiky.
4. Po smrti pojistníka vstupuje do pojištění na jeho místo pojištěný. Totéž platí, zanikne-li právnícká osoba, která byla pojistníkem. Není-li pojištěný zletilý nebo způsobilý k právním úkonům, stává se pojistníkem jeho zákonný zástupce.
5. Mimo sjednané pojistné je pojistitel oprávněn účtovat pojistníkovi úhrady svých nákladů dle kalkulačních zásad pojistitele a poplatky dle sazebníku.
6. Administrativní poplatky účtuje pojistitel ve výši uvedené v sazebníku, který je platný a účinný ke dni provedení příslušného úkonu. Jsou-li pro provádění úkonu stanoveny limity, posuzuje je pojistitel rovněž podle hodnoty limitu uvedené v sazebníku, který je platný a účinný ke dni provedení příslušného úkonu. Dojde-li ze strany pojistitele ke změně hodnot poplatků a/nebo limitů, je pojistitel povinen zveřejnit na svých obchodních místech nové znění sazebníku nejpozději dva měsíce před jeho účinností.
7. Pojistitel je oprávněn při uzavírání pojistné smlouvy, změně pojistné smlouvy, i kdykoliv v době trvání pojištění přezkoumávat zdravotní stav pojištěného, a to na základě zpráv vyžádaných s jeho souhlasem od lékařů a zdravotnických zařízení, ve kterých se léčí, jakož i prohlídkou lékařem, kterého mu pojistitel sám určí. Veškeré tyto na nákladě

- dy pojistitele získané dokumenty se stávají vlastnictvím pojistitele a pojistitel není povinen předkládat je ostatním účastníkům pojištění k nahlédnutí nebo pořízení kopie. V případě potřeby je pojištěný povinen všechny výše uvedené zprávy a posudky pojistiteli bez zbytečného odkladu zajistit.
- Souhlas ke zjišťování a přezkoumávání zdravotního stavu dává pojištěný podpisem prohlášení v pojistné smlouvě.
 - Skutečnosti, o kterých se pojistitel při zjišťování zdravotního stavu pojištěného dozví, smí použít pouze pro svou potřebu, popřípadě je může se souhlasem pojištěného sdělovat i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojištnictví, bankovníctví a jiných peněžních služeb a asociacím těchto subjektů, jinak jen v souladu s platným zněním zákona o pojištnictví.
 - Pojištěný se zavazuje, že v průběhu pojištění ani v průběhu šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit neodvolá svůj souhlas ke zjišťování a přezkoumávání zdravotního stavu a zpracování osobních údajů dle odst. 8 tohoto článku.

Článek 17 – Sdělení a doručování písemností

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

Článek 18 – Závěrečná ustanovení

- Od všech předchozích ustanovení těchto VPP, vyjma ustanovení čl. 16 odst. 9, se pojistitel může v pojistné smlouvě odchýlit, vyžaduje-li to účel a povaha pojištění.
- Všechny spory vyplývající z životního pojištění nebo v souvislosti s ním vzniklé budou, nedojde-li k dohodě, řešeny u příslušného soudu v České republice podle českého práva.

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO UNIVERZÁLNÍ ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ KZP LIFE

ze dne 1. 6. 2004

část A – Obecná ustanovení

Článek 1 – Úvodní ustanovení

- Univerzální životní pojištění KZP LIFE (dále také jen „pojištění“) se řídí těmito zvláštními pojistnými podmínkami ze dne 1. 6. 2004 (dále jen „ZPP“), ujednáními pojistné smlouvy a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění ze dne 1. 4. 2002 (dále jen „VPP“). Právní vztahy neupravené výše uvedeným se řídí příslušnými ustanoveními občanského zákoníku. Výše uvedené pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
- Pojištěním, které je v pojistné smlouvě sjednáno vždy, je základní pojištění s nároky z pojištění dle části B těchto ZPP.
- Základní pojištění lze v pojistné smlouvě sjednat ve variantách A, B nebo C, které se navzájem liší možnostmi výplat z kapitálové hodnoty pojištění. U pojištění ve variantě A jsou umožněny výplaty z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného dle článku 9 této části ZPP. Pojištění ve variantě B je bez možnosti výplat jak z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného, tak z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného. U pojištění ve variantě C jsou umožněny jak výplaty z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného dle článku 8 této části ZPP, tak výplaty z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného dle článku 9 této části ZPP.
- V pojistné smlouvě lze při splnění podmínek dle odst. 5 a 6 tohoto článku k základnímu pojištění dále sjednat:
 - 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 pro případ smrti následkem úrazu,
 - pojištění pro případ trvalých následků úrazu,
 - pojištění pro případ léčení úrazu (denní odškodné).
- K základnímu pojištění může být sjednáno kterékoliv z výše uvedených pojištění. Z pojištění uvedených v odst. 4 písm. c) a d) tohoto článku může být sjednáno pouze jedno. Pojištění dle odst. 4 písm. g) tohoto článku může být v pojistné smlouvě sjednáno pouze za předpokladu, že je současně sjednáno pojištění dle odst. 4 písm. f) tohoto článku.
- V pojistné smlouvě lze k základnímu pojištění sjednat i jiné druhy pojištění, než jsou pojištění uvedená v odst. 4 písm. a) až g) tohoto článku. Není-li takové pojištění upraveno příslušnou zvláštní částí těchto ZPP, řídí se částí A těchto ZPP a samostatnými doplňkovými pojistnými podmínkami pro tento druh pojištění.
- Od všech ustanovení těchto ZPP se pojistitel může v pojistné smlouvě odchýlit, vyžaduje-li to účel a povaha sjednaného pojištění.

Článek 2 – Výklad pojmů

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

Kapitálová hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného – hodnota individuální rezervy vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného, včetně připsaných podílů na zisku.

Kapitálová hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení mimořádného pojistného – hodnota individuální rezervy vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného, včetně připsaných podílů na zisku.

Kapitálová hodnota pojištění – celková hodnota individuální rezervy, která je součtem kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného a kapitálové hodnoty vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného.

Dodatečné běžné pojištění – pojištění, o které bylo běžné pojištění navýšeno při změně pojištění.

Alokované mimořádné pojištění – část mimořádného pojistného po odpočtu poplatků dle článku 6 odst. 3 této části ZPP, která navyšuje kapitálovou hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení mimořádného pojistného.

Pojistný rok – rok začínající v den počátku pojištění nebo ve výroční den počátku pojištění.

Úraz – tělesné poškození nebo smrt, které byly pojištěnému způsobeny neočekávaným a náhlým působením zevních sil, nebo neočekávaným a nepřerušeným působením vysokých nebo nízkých vnějších teplot, plynů, par a jedů (s výjimkou jedů mikrobiálních a látek imunotoxických). Za úraz se ve smyslu těchto ZPP považují i újmy na zdraví, popř. smrt, které byly pojištěnému způsobeny:

- nemocí vzniklou výlučně následkem úrazu,
- zhoršením následků úrazu nemocí, jíž pojištěný trpěl před úrazem,
- diagnostickými, léčebnými a preventivními zákroky provedenými za účelem léčení následků úrazu,
- utonutím,
- zlomením, vykloubením a natržením (nikoliv však vnitřních orgánů, svalového aparátu a cév v důsledku náhlé a/nebo nepřiměřené tělesné námahy).

Oceňovací tabulky – dokument pojistitele obsahující zásady plnění pojistitele za trvalé následky úrazu a dobu nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu. Oceňovací tabulky jsou k dispozici na všech obchodních místech pojistitele. Pojistitel si vyhrazuje právo oceňovací tabulky měnit nebo doplňovat v závislosti na vývoji lékařské vědy a praxe. Výši pojistného plnění určuje pojistitel podle oceňovacích tabulek platných v době vzniku úrazu.

Článek 3 – Pojistné plnění – společná ujednání

- Pojistné plnění z pojištění vyplácí pojistitel v souladu s příslušnými ustanoveními zvláštních částí těchto ZPP a v závislosti na tom, které druhy pojištění dle článku 1 odst. 4 písm. a) až g) této části ZPP byly sjednány v pojistné smlouvě.
- Pojistné plnění ze základního pojištění a z pojištění pro případ smrti dle článku 1 odst. 4 písm. a) této části ZPP vyplácí pojistitel pouze jednou, a to za tu pojistnou událost (tj. dožití se sjednaného konce pojištění pojištěným nebo smrt pojištěného), která nastane dříve.

Článek 4 – Běžné a dodatečné běžné pojištění

- Běžné a dodatečné běžné pojištění 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 a dodatečné běžné pojištění je splatné prvního dne pojistného období. Pro platby běžného a dodatečného běžného pojistného určí pojistitel pojistníkovi variabilní symbol.

- Má-li být běžné a dodatečné běžné pojistné resp. jeho část placeno za pojistníka jeho zaměstnavatelem ve smyslu platného znění zákona o daních z příjmů, a není-li mezi pojistitelem a zaměstnavatelem pojistníka, který pojistné za pojistníka hradí, uzavřena písemná dohoda o úhradách pojistného, je pojistník povinen předložit pojistiteli písemnou žádost o placení pojistného zaměstnavatelem a v případě, že v pojistné smlouvě jsou sjednána i pojištění, na která ve smyslu platného znění zákona o daních z příjmů není možné pojistné zaměstnavatelem platit, i o určení výše částky, která může být zaměstnavatelem maximálně placena. Tuto povinnost má pojistník opakovaně i v případech, byla-li u pojištění následně provedena změna pojištění dle čl. 10 této části ZPP.
- Akceptuje-li pojistitel žádost pojistníka o placení pojistného zaměstnavatelem dle odst. 3 tohoto článku, písemně určí pojistníkovi zvláštní variabilní symbol pro platby běžného a dodatečného běžného pojistného zaměstnavatelem a v případě, že v pojistné smlouvě jsou sjednána i pojištění, na která ve smyslu platného znění zákona o daních z příjmů není možné pojistné zaměstnavatelem platit, stanoví pojistitel pojistníkovi i výši částky, která může být zaměstnavatelem maximálně placena. Pojistník je povinen pojistitelem určený variabilní symbol sdělit svému zaměstnavateli a zajistit, aby pojistné placené zaměstnavatelem bylo placeno maximálně do stanovené výše.
- Lhůta pro přijetí žádosti pojistníka o placení pojistného zaměstnavatelem dle odst. 3 tohoto článku se stanovuje na 1 měsíc od data jejího doručení pojistiteli. Nepřijme-li tento žádost pojistníka ve výše uvedené lhůtě, pozbývá tato platnost. Žádost pojistníka o placení pojistného zaměstnavatelem nelze přijmout, je-li v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ vážné choroby dle čl. 1 odst. 4 písm. b) této části ZPP nebo je-li základní pojištění sjednáno ve variantě C.
- Bylo-li pojistné zaměstnavatelem pojistníka zapláceno, přestože
 - mezi ním a pojistitelem nebyla uzavřena písemná dohoda o úhradách pojistného nebo
 - pojistníkem nebyla splněna povinnost dle odst. 3 tohoto článku nebo
 - nepřijal-li pojistitel žádost pojistníka o placení pojistného zaměstnavatelem dle odst. 3 tohoto článku nebo
 - bylo-li pojistné zaměstnavatelem pojistníka zapláceno nad výši, která může být dle odst. 4 tohoto článku zaměstnavatelem maximálně placena nebo
 - bylo-li pojistné zaměstnavatelem pojistníka zapláceno pod jiným než pojistitelem určeným variabilním symbolem nebo
 - bylo-li pojistné zaměstnavatelem pojistníka zapláceno na pojistnou smlouvu, v níž bylo sjednáno pojištění pro případ vážné choroby dle čl. 1 odst. 4 písm. b) této části ZPP nebo v níž bylo základní pojištění sjednáno ve variantě C,
 pojistitel není povinen považovat je za pojistné zaplácené zaměstnavatelem s důsledky ve smyslu platného znění zákona o daních z příjmů a nese odpovědnost za případné následky z toho plynoucí.
- Pojistitel rovněž nese odpovědnost za důsledky nepřiznání platby běžného a dodatečného běžného pojistného na pojistnou smlouvu, v důsledku chybného uvedení variabilního symbolu nebo čísla účtu pojistitele.
- Zvýšení nebo snížení pojistného může být provedeno v souladu s článkem 10 této části ZPP.

Článek 5 – Mimořádné pojistné

- Mimořádné pojistné je pojistné, které pojistitel umožňuje pojistníkovi platit nad rámec úhrad běžného a dodatečného běžného pojistného. Pojistitel umožňuje platit mimořádné pojistné kdykoliv v době trvání pojištění, s výjimkou případu dle odst. 9 tohoto článku.
- Mimořádné pojistné lze poukazovat pouze pod zvláštním variabilním symbolem, který pojistitel pojistníkovi pro platby mimořádného pojistného určí.
- Má-li být mimořádné pojistné placeno za pojistníka jeho zaměstnavatelem ve smyslu platného znění zákona o daních z příjmů a není-li mezi pojistitelem a zaměstnavatelem pojistníka, který mimořádné pojistné za pojistníka hradí, uzavřena písemná dohoda o úhradách pojistného, je pojistník povinen předložit pojistiteli písemnou žádost o placení mimořádného pojistného zaměstnavatelem. Akceptuje-li pojistitel žádost pojistníka o placení mimořádného pojistného zaměstnavatelem, písemně určí pojistníkovi zvláštní variabilní symbol pro platby mimořádného pojistného zaměstnavatelem. Pojistník je povinen pojistitelem určený variabilní symbol sdělit svému zaměstnavateli.
- Lhůta pro přijetí žádosti pojistníka o placení mimořádného pojistného zaměstnavatelem se stanovuje na 1 měsíc od data jejího doručení pojistiteli. Nepřijme-li tento žádost pojistníka o placení mimořádného pojistného zaměstnavatelem ve výše uvedené lhůtě, pozbývá tato platnost.
- Bylo-li mimořádné pojistné zaměstnavatelem pojistníka zapláceno, aniž byla pojistníkem splněna povinnost dle odst. 3 tohoto článku nebo aniž pojistitel přijal žádost pojistníka o placení pojistného zaměstnavatelem nebo bylo-li zapláceno pod jiným než pojistitelem určeným variabilním symbolem, pojistitel není povinen považovat je za pojistné zaplácené zaměstnavatelem s důsledky ve smyslu platného znění zákona o daních z příjmů a nese odpovědnost za případné následky z toho plynoucí.
- Pojistitel rovněž nese odpovědnost za důsledky nepřiznání platby mimořádného pojistného na pojistnou smlouvu v důsledku chybného uvedení variabilního symbolu nebo čísla účtu pojistitele.
- Částka poukázaná pod variabilním symbolem mimořádného pojistného nesmí být nižší než minimální limit mimořádného pojistného. Pojistitel je oprávněn stanovit i maximální limit celkového mimořádného pojistného. Pojistitel nese odpovědnost za důsledky nepřiznání mimořádného pojistného na pojistnou smlouvu, nespĺňuje-li mimořádné pojistné podmínky dané limity pojistitele. Minimální i maximální limit mimořádného pojistného stanoví pojistitel v sazebníku.
- Pojistitel má rovněž právo pojistníkem poukázané mimořádné pojistné odmítnout. Případné odmítnutí mimořádného pojistného oznámí pojistitel pojistníkovi písemně do 15 dnů od jeho přijetí. Pojistník je povinen písemně sdělit pojistiteli, jakým způsobem a kam má odmítnuté mimořádné pojistné vrátit. Pojistitel je povinen odmítnuté mimořádné pojistné vrátit pojistníkovi bez zbytečného odkladu poté, co je mu pojistníkem způsob jeho vrácení písemně sdělen.
- Mimořádné pojistné nelze platit v případě, že pojištění bylo v důsledku neplacení pojistného převedeno na pojištění ve splaceném stavu dle článku 12 odst. 3 této části ZPP. Pojistitel nese odpovědnost za důsledky nepřiznání mimořádného pojistného na pojistnou smlouvu u pojištění ve splaceném stavu, bylo-li pojistníkem přesto zapláceno.
- Mimořádné pojistné je snižováno o poplatky dle článku 6 odst. 3 této části ZPP.
- Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na povinnost pojistníka platit běžné a dodatečné běžné pojistné.
- Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na výši pojistných částek.

Článek 6 – Poplatky, rozdělování (alokace) pojistného

- Běžné pojistné je sníženo o alokační a inkasní poplatek. Zbývající část běžného pojistného po odpočtu alokačního a inkasního poplatku navyšuje kapitálovou hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného. Hodnoty alokačního poplatku pro jednotlivé pojistné roky a hodnota inkasního poplatku jsou uvedeny v sazebníku.
- Dodatečné běžné pojistné je sníženo o alokační poplatek a inkasní poplatek. Zbývající část dodatečného běžného pojistného po odpočtu alokačního a inkasního poplatku dle jejich aktuálních hodnot uvedených v sazebníku navyšuje kapitálovou hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného.
- Mimořádné pojistné je sníženo o alokační a inkasní poplatek. Část mimořádného pojistného zbývající po odpočtu alokačního a inkasního poplatku dle jejich aktuálních hodnot uvedených v sazebníku (alokované mimořádné pojistné) navyšuje kapitálovou hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení mimořádného pojistného.
- Pojistitel odečítá každý měsíc, a to až do data ukončení šetření pojistné události pojistitelem, zaniká-li jí příslušné pojištění, z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného, částky ve výši potřebné na úhradu rizik pojištění sjednaných v pojistné smlouvě a na úhradu svých správních nákladů. Výši těchto částek stanovuje pojistitel podle pojistné technických zásad.
- Pojistitel dále odečítá z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného, není-li v těchto ZPP stanoveno jinak, částky 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.

Článek 7 – Podíl na zisku a technická úroková míra

- Sjednané pojištění se podílí na zisku v souladu s ustanovením článku 15 VPP.
- Pojistitel přiznává podíl na zisku vytvořený na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného, který navyšuje kapitálovou hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného, a podíl na zisku vytvořený na základě zaplacení mimořádného pojistného, který navyšuje kapitálovou hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení mimořádného pojistného.
- Podíly na zisku přiznává pojistitel podle pojistné technických zásad. Výše podílů na zisku není pojistitelem zaručena a závisí rovněž na parametrech sjednaného pojištění.
- Žádný z podílů na zisku dle odst. 2 tohoto článku se nepřiznává u pojištění ve splaceném stavu dle článku 12 odst. 3 této části ZPP.
- Kapitálová hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného se dle pojistné technických zásad navyšuje o zhodnocení odpovídající technické úrokové míře stanovené v sazebníku.

Článek 8 – Výplata z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného

- Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je základní pojištění sjednáno ve variantě C.
- Za předpokladu, že u pojištění již vznikl nárok na odbytí v souladu s ustanovením článku 13 odst. 5 této části ZPP, je pojistník oprávněn písemně požádat na příslušném tiškopisu pojistitele o výplatu z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného.
- Maximální počet výplat z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného v průběhu jednoho pojistného roku stanoví pojistitel v sazebníku.
- Pojistitel v sazebníku rovněž stanoví minimální částku výplaty z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného. Požádá-li pojistník o výplatu částky nižší, než je tento pojistitelem stanovený limit, je pojistitel oprávněn žádost o výplatu zamítnout.

- Výplatu z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného pojistitel umožní maximálně v takové výši, aby tato kapitálová hodnota po výplatě neklesla pod limit stanovený pojistitelem v sazebníku.
- Požádá-li pojistník o výplatu částky vyšší, než je částka určená dle podmínky uvedené v odst. 5 tohoto článku, vyplatí mu pojistitel nejvýše částku určenou dle této podmínky, pouze však v případě, že její výše dosahuje alespoň hodnoty minimální částky výplaty dle odst. 4 tohoto článku.
- Pojistitel je oprávněn výplatu z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného zamítnout, a to zejména v těchto případech:
 - pojištění je k datu výplaty převedeno na pojištění ve splaceném stavu dle článku 12 odst. 3 této části ZPP,
 - u pojištění je k datu výplaty dočasně přerušeno placení pojistného dle článku 11 této části ZPP,
 - kapitálová hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného nedosahuje alespoň částky, která se určí jako součet limitu dle odst. 5 tohoto článku a hodnoty minimální částky výplaty dle odst. 4 tohoto článku,
 - provedením výplaty by se dle pojistné technických zásad zvýšilo pojistné riziko (týká se případu, kdy je v pojistné smlouvě sjednáno pojištění dle článku 1 odst. 4 písm. a) ve variantě D (doplňková); v tomto případě je pojistitel oprávněn podmínit provedení výplaty přezkoumáním zdravotního stavu pojištěného nebo snížením pojistné částky tohoto pojištění).
- Za provedení každé výplaty z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného si pojistitel účtuje poplatek, jehož výše je stanovena v sazebníku. O tento poplatek, jakož i o částku výplaty, je snížena kapitálová hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného.
- Lhůta pro výplatu z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného je stanovena pojistitelem v sazebníku a počíná běžet od následujícího dne po datu doručení písemné žádosti pojistníka pojistiteli. Na základě písemné žádosti pojistníka může být tato lhůta zkrácena. Za zkrácení lhůty si je pojistitel oprávněn účtovat administrativní poplatek, jehož výše je rovněž stanovena v sazebníku.

Článek 9 – Výplata z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného

- Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je základní pojištění sjednáno ve variantách A nebo C.
- Bylo-li v průběhu pojištění zaplacen mimořádné pojistné, je pojistník oprávněn kdykoliv v době trvání pojištění písemně požádat na příslušném tiskopisu pojistitele o výplatu z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného.
- Maximální počet výplat z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného v průběhu jednoho pojistného roku stanoví pojistitel v sazebníku.
- Pojistitel v sazebníku rovněž stanoví minimální částku výplaty z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného. Požádá-li pojistník o výplatu částky nižší, než je tento pojistitelem stanovený limit, je pojistitel oprávněn žádost o výplatu zamítnout.
- Nevznikl-li u pojištění dosud nárok na odbytné v souladu s ustanovením článku 13 odst. 5 této části ZPP, umožní pojistitel výplatu z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného maximálně do výše alokovaného mimořádného pojistného sníženého o již provedené výplaty z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného a o mimořádné pojistné zaplacené případně zaměstnavatelem dle článku 5 odst. 3 – 5 této části ZPP.
- Vznikl-li již u pojištění nárok na odbytné v souladu s ustanovením článku 13 odst. 5 této části ZPP, umožní pojistitel výplatu do výše kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného snížené o mimořádné pojistné zaplacené případně zaměstnavatelem dle článku 5 odst. 3 – 5 této části ZPP.
- Požádá-li pojistník o výplatu částky vyšší, než je částka určená dle podmínek uvedených v odst. 5 a 6 tohoto článku, vyplatí mu pojistitel nejvýše částku určenou dle těchto podmínek, pouze však v případě, že její výše dosahuje alespoň hodnoty minimální částky výplaty dle odst. 4 tohoto článku.
- Za provedení každé výplaty z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného si pojistitel účtuje poplatek, jehož výše je stanovena v sazebníku. O tento poplatek, jakož i o částku výplaty, je snížena kapitálová hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení mimořádného pojistného.
- Lhůta pro výplatu z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného je stanovena pojistitelem v sazebníku a počíná běžet od následujícího dne po datu doručení písemné žádosti pojistníka pojistiteli. Na základě písemné žádosti pojistníka může být tato lhůta zkrácena. Za zkrácení lhůty si je pojistitel oprávněn účtovat administrativní poplatek, jehož výše je rovněž stanovena v sazebníku.

Článek 10 – Změny pojištění

- Pojistník je v době trvání pojištění oprávněn předložit pojistiteli písemný návrh na:
 - sjednání nebo zrušení pojištění dle článku 1 odst. 4 písm. a) až g) této části ZPP,
 - snížení nebo zvýšení pojistných částek pojištění uvedených v článku 1 odst. 4 písm. a) až g) této části ZPP, jsou-li tato v pojistné smlouvě sjednána,
 - snížení nebo zvýšení pojistného.
 Návrh pojistníka na změnu pojištění musí být předložen na příslušném formuláři pojistitele.
- Pojistitel je oprávněn podmínit přijetí návrhu pojistníka na změnu pojištění řádným zaplacením běžného a dodatečného běžného pojistného a prokázáním vyhovujícího zdravotního stavu pojištěného. Pokud pojištění bylo převedeno na pojištění ve splaceném stavu dle článku 12 odst. 3 této části ZPP nebo u pojištění nastalo dočasné přerušeno placení pojistného dle článku 11 této části ZPP, návrh nelze přijmout.
- Lhůta pro přijetí návrhu pojistníka na změnu pojištění se stanovuje na 3 měsíce od data jeho doručení pojistiteli. Akceptuje-li pojistitel návrh pojistníka na změnu pojištění, zašle pojistníkovi písemné potvrzení o přijetí změny. Ujednává se, že byl-li návrh na změnu pojištění pojistitelem přijat, je změna účinná od prvního dne pojistného období následujícího po pojistném období, v němž pojistitel návrh pojistníka na změnu pojištění přijal. Nepřijme-li pojistitel návrh pojistníka na změnu pojištění ve výše dohodnuté lhůtě, pozbývá tento platnosti.
- Návrhy na jiné než výše uvedené změny pojištění mohou být pojistníkem pojistiteli předloženy pouze tehdy, pokud je pojistitel umožní vydáním formuláře návrhu příslušné změny, analogicky pro ně platí ustanovení odst. 2 a 3 tohoto článku.
- Za provedení každé změny pojištění v souladu s ustanoveními tohoto článku si pojistitel účtuje poplatek, jehož výše závisí na druhu provedené změny a je stanovena v sazebníku. O tento poplatek je snížena kapitálová hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného.

Článek 11 – Přerušeno placení pojistného, tzv. platební prázdniny

- Za předpokladu, že od počátku pojištění již uplynula lhůta stanovená pojistitelem pro tento účel v sazebníku a současně u pojištění již vznikl nárok na odbytné v souladu s ustanovením článku 13 odst. 5 této části ZPP, je pojistník oprávněn předložit pojistiteli písemný návrh na dočasné přerušeno placení běžného a dodatečného běžného pojistného, tzv. platební prázdniny (dále jen „dočasné přerušeno placení pojistného“). Návrh pojistníka na dočasné přerušeno placení pojistného musí být předložen na příslušném formuláři pojistitele.
- Přijetí návrhu pojistníka na dočasné přerušeno placení pojistného je podmíněno skutečností, že kapitálová hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného dosáhla minimálně výše stanovené pojistitelem v sazebníku a pojistníkem požadovaný počet měsíců dočasného přerušeno placení pojistného nepřevyšuje limit pojistitele stanovený pro tento účel v sazebníku. Pojistitel je rovněž oprávněn podmínit přijetí návrhu na dočasné přerušeno placení pojistného i řádným zaplacením běžného a dodatečného běžného pojistného.
- Akceptuje-li pojistitel návrh pojistníka na dočasné přerušeno placení pojistného do data, od něž má být dočasné přerušeno placení pojistného dle níže uvedeného účinné, zašle pojistníkovi písemné potvrzení o přijetí této změny. Ujednává se, že byl-li návrh na dočasné přerušeno placení pojistného pojistitelem přijat, nastane přerušeno placení pojistného od prvního dne následujícího pojistného období, byl-li návrh pojistníka doručen pojistiteli alespoň 15 dnů před tímto datem, nebo od prvního dne dalšího následujícího pojistného období, byl-li návrh doručen později. Nepřijme-li pojistitel návrh pojistníka na dočasné přerušeno placení pojistného do data, od něhož by přerušeno bylo dle výše uvedeného účinné, pozbývá návrh pojistníka platnosti.
- Od data účinnosti dočasného přerušeno placení pojistného se mění četnost placení pojistného, tj. délka pojistného období pro placení běžného a dodatečného běžného pojistného, na měsíční. Tato zůstává v platnosti i po ukončení dočasného přerušeno placení pojistného.
- Během dočasného přerušeno placení pojistného je běžné a dodatečné běžné pojistné pravidelně měsíčně hrazeno z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného. Poplatky a částky dle článku 6 této části ZPP náleží pojistiteli i nadále v plné výši. Nevystačí-li kapitálová hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného na úhradu běžného a dodatečného běžného pojistného, poplatků a částek dle článku 6 této části ZPP až do sjednaného dne konce dočasného přerušeno placení pojistného, pojištění může zaniknout dle článku 13 odst. 2 této části ZPP. Zanikne-li pojištění dle výše uvedeného a bylo-li v době jeho trvání zaplacením mimořádné pojistné, vyplatí pojistitel pojistníkovi odbytné dle článku 13 odst. 5 této části ZPP stanovené podle pojistně technických zásad z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného.
- Během dočasného přerušeno placení pojistného není dotčeno právo pojistníka zaplatit mimořádné pojistné dle článku 5 této části ZPP, ani právo pojistníka vypovědět pojištění v souladu s článkem 8 odst. 2 a 3 VPP.

Článek 12 – Neplacení pojistného, pojištění ve splaceném stavu (redukce pojištění)

- Není-li běžné pojistné za první pojistné období zaplacené do tří měsíců od data jeho splatnosti, zanikne pojištění v důsledku neplacení pojistného uplynutím této lhůty bez náhrady. Bylo-li v době trvání pojištění zaplacen mimořádné pojistné, vyplatí pojistitel pojistníkovi alokované mimořádné pojistné snížené o již provedené výplaty z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného a poplatek pojistitele ve výši uvedené v sazebníku.
- Není-li běžné a dodatečné běžné pojistné za další pojistné období zaplacené do šesti měsíců od data jeho splatnosti a nevznikl-li u pojištění dosud nárok na odbytné v sou-

ladu s ustanovením článku 13 odst. 5 této části ZPP, zanikne pojištění v důsledku neplacení pojistného uplynutím této lhůty bez náhrady. Bylo-li v době trvání pojištění zaplacen mimořádné pojistné, vyplatí pojistitel pojistníkovi alokované mimořádné pojistné snížené o již provedené výplaty z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného a poplatků pojistitele ve výši uvedené v sazebníku.

3. Není-li běžné a dodatečné běžné pojistné za další pojistné období zaplaceno do šesti měsíců od data jeho splatnosti a vznikl-li již u pojištění nárok na odbytné v souladu s ustanovením článku 13 odst. 5 této části ZPP a současně kapitálová hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného postačuje na úhradu alespoň za 6 dužných kalendářních měsíců, ujednává se v souladu s ustanovením § 804 občanského zákoníku a v souladu s článkem 7 odst. 2 VPP, že se pojištění v důsledku neplacení pojistného uplynutím šesti měsíců od data splatnosti pojistného, k němuž pojistné již nebylo zaplaceno, přemění tímto dnem (dále jen „datum redukce“) na pojištění ve splaceném stavu (také „redukce pojištění“) bez povinnosti platit pojistné. U pojištění ve splaceném stavu se četnost placení pojistného, tj. délka pojistného období pro placení běžného a dodatečného běžného pojistného, mění na měsíční a pojistné je pravidelně měsíčně hrazeno z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného. Poplatky a částky dle článku 6 této části ZPP náleží pojistiteli i nadále v plné výši. Nevystačí-li kapitálová hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného na úhradu běžného a dodatečného běžného pojistného, poplatků a částek dle článku 6 této části ZPP až do sjednaného dne konce pojištění, pojištění zaniká dle článku 13 odst. 2 této části ZPP a pojistníkovi je, bylo-li již v době trvání pojištění zaplaceno mimořádné pojistné, vyplaceno odbytné dle článku 13 odst. 5 této části ZPP stanovené podle pojistné technických zásad z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného.
4. Není-li běžné a dodatečné běžné pojistné za další pojistné období zaplaceno do šesti měsíců od data jeho splatnosti a vznikl-li již u pojištění nárok na odbytné v souladu s ustanovením článku 13 odst. 5 této části ZPP a současně kapitálová hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného nepostačuje na úhradu alespoň za 6 dužných kalendářních měsíců, zanikne pojištění v důsledku neplacení pojistného k datu redukce. Bylo-li v době trvání pojištění zaplaceno mimořádné pojistné, vyplatí pojistitel pojistníkovi odbytné dle článku 13 odst. 5 této části ZPP stanovené podle pojistné technických zásad z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného.
5. U pojištění ve splaceném stavu není dotčeno právo pojistníka vypovědět pojištění v souladu s článkem 8 odst. 2 a 3 VPP.

Článek 13 – Zánik pojištění, vznik nároku na odbytné

1. Vznikem pojistné události ze základního pojištění nebo z pojištění pro případ smrti dle článku 1 odst. 4 písm. a) této části ZPP (tj. dožitím se sjednaného konce pojištění pojištěným nebo smrtí pojištěného), zanikají všechna pojištění, která byla v pojistné smlouvě sjednána, nezanikla-li již dříve v souladu s některým z příslušných ustanovení těchto ZPP, VPP nebo občanského zákoníku.
2. Pojistitel je oprávněn rozhodnout o zániku pojistné smlouvy v případech, kdy kapitálová hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného poklesne pod částku stanovenou pojistitelem pro tento účel v sazebníku. Rozhodne-li pojistitel o zániku pojistné smlouvy v souladu s ustanovením tohoto odstavce, pojistná smlouva a s ní i všechna pojištění v ní sjednaná zanikají k poslednímu dni měsíce předcházejícího měsíci, v němž kapitálová hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného poklesne pod výše uvedenou částku. Pojistitel je povinen tuto skutečnost pojistníkovi písemně oznámit, a to nejpozději do dvou měsíců od data zániku.
3. Bylo-li v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ vážné choroby dle článku 1 odst. 4 písm. b) této části ZPP a diagnóza některého z onemocnění uvedených v článku 1 odst. 3 písm. a) až e), písm. h) až j) části E těchto ZPP nebo diagnóza onemocnění, které zpříčinilo zařazení na čekací listinu podle článku 1 odst. 3 písm. f) části E těchto ZPP nebo podstoupení chirurgického zákroku podle článku 1 odst. 3 písm. g) části E těchto ZPP, byla u pojištěného stanovena během prvních šesti 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. 4 písm. e) až g) této části ZPP, zanikají k datu stanovení diagnózy.
4. Při zániku pojištění, pro nějž nejsou nároky z pojištění těmito ZPP nebo VPP specifikovány, vyplatí pojistitel pojistníkovi odbytné dle odst. 5 tohoto článku. Nevznikl-li u pojištění dosud nárok na odbytné v souladu s ustanovením odst. 5 tohoto článku a bylo-li v době trvání pojištění zaplaceno mimořádné pojistné, vyplatí pojistitel pojistníkovi alokované mimořádné pojistné snížené o již provedené výplaty z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného a poplatků pojistitele ve výši uvedené v sazebníku.
5. Nárok na odbytné vzniká u pojištění nejdříve po dvou letech jeho trvání a za podmínky, že bylo zaplaceno běžné a dodatečné běžné pojistné za první dva roky trvání pojištění a současně kapitálová hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného je kladná. Odbytné se stanoví podle pojistné technických zásad z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného a z kapitálové hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného.
6. Odchylně od článku 8 odst. 2 VPP se ujednává, že pojištění dle článku 1 odst. 4 písm. d) až g) této části ZPP může ke konci každého pojistného období vypovědět každá ze smluvních stran.

Zvláštní části

část B – Základní pojištění

Článek 1 – Nároky z pojištění

1. Dožije-li se pojištěný sjednaného konce pojištění, vyplatí mu pojistitel pojistné plnění ve výši kapitálové hodnoty pojištění vytvořené k datu konce pojištění na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného.
2. Ustanovení tohoto odstavce platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě není k datu smrti pojištěného sjednáno pojištění pro případ smrti dle článku 1 odst. 4 písm. a) části A těchto ZPP. Zemře-li pojištěný v době trvání pojištění, vyplatí pojistitel tomu, komu smrtí pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, kapitálovou hodnotu pojištění vytvořenou k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného.
3. Bylo-li v době trvání pojištění zaplaceno mimořádné pojistné, vyplatí pojistitel navíc k pojistnému plnění určenému podle odst. 1 nebo 2 tohoto článku i kapitálovou hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení mimořádného pojistného.

část C – Pojištění pro případ smrti

Článek 1 – Nároky z pojištění

1. Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je sjednáno pojištění pro případ smrti dle článku 1 odst. 4 písm. a) části A těchto ZPP. Pojištění pro případ smrti lze v pojistné smlouvě sjednat ve dvou variantách - variantě P (plná) nebo variantě D (doplňková), které se liší pojistným plněním při pojistné události (viz. odst. 2 a 3 tohoto článku).
2. Zemře-li pojištěný v době trvání pojištění pro případ smrti a je-li v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ smrti ve variantě P, pojistitel vyplatí tomu, komu smrtí pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, pojistnou částku pro případ smrti sjednanou v pojistné smlouvě k datu úmrtí pojištěného a kapitálovou hodnotu pojištění vytvořenou k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného.
3. Zemře-li pojištěný v době trvání pojištění a je-li v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ smrti ve variantě D, pojistitel vyplatí tomu, komu smrtí pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, pojistnou částku pro případ smrti sjednanou v pojistné smlouvě k datu úmrtí pojištěného, nebo kapitálovou hodnotu pojištění vytvořenou k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného, je-li tato vyšší než sjednaná pojistná částka.
4. Bylo-li v době trvání pojištění zaplaceno mimořádné pojistné, vyplatí pojistitel při smrti pojištěného navíc k pojistnému plnění určenému podle odst. 2 nebo 3 tohoto článku i kapitálovou hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení mimořádného pojistného.

část D – Pojištění pro případ vážné choroby

Článek 1 – Nároky z pojištění

1. Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je sjednáno pojištění pro případ vážné choroby dle článku 1 odst. 4 písm. b) části A těchto ZPP.
2. V případě, že u pojištěného je v době trvání pojištění pro případ vážné choroby, nejdříve však po uplynutí prvních šesti kalendářních měsíců ode dne jeho počátku, stanovena diagnóza vážné choroby, která splňuje podmínky pojistné události dle článku 1 odst. 2 části E těchto ZPP, vyplatí pojistitel pojištěnému pojistnou částku pro případ vážné choroby sjednanou v pojistné smlouvě k datu pojistné události.

část E – Další ujednání pro pojištění pro případ vážné choroby

Článek 1 – Vymezení nároku na pojistné plnění v případě pojistné události – vážné choroby

1. Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je sjednáno pojištění pro případ vážné choroby dle článku 1 odst. 4 písm. b) části A těchto ZPP.
2. Pojistná událost je pro účely vymezení pojistného plnění v případě vážné choroby definována následovně:

- 2.1. Pojistná událost nastane, je-li u pojištěného písemnou lékařskou zprávou specifikovanou v odst. 3 tohoto článku potvrzeno:
- první stanovení diagnózy některého z onemocnění uvedených v odst. 3 písm. a) až e), písm. h) až j) tohoto článku, nebo
 - první zařazení na čekací listinu pro orgánovou transplantaci podle odst. 3 písm. f) tohoto článku, nebo
 - první podstoupení chirurgického zákroku uvedeného v odst. 3 písm. g) tohoto článku (dále jen „vážná choroba“) za podmínky, že onemocnění dle písm. a) tohoto odst. nebo onemocnění, které zapříčinilo zařazení pojištěného na čekací listinu dle písm. b) tohoto odst. nebo podstoupení chirurgického zákroku pojištěným dle písm. c) tohoto odst., bylo diagnostikováno nejdříve po uplynutí prvních šesti kalendářních měsíců následujících po počátku pojištění pro případ vážné choroby a současně byly splněny podmínky uvedené v odst. 2.2 tohoto článku.
- 2.2. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 3 písm. a), c), i) a j) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 3 písm. b) tohoto článku je nezbytné, aby neurologický nálezn u pojištěného přetrvával ještě alespoň po třech kalendářních měsících následujících ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 3 písm. d) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne podstoupení neurochirurgického zákroku nebo ode dne lékařského potvrzení trvalého neurologického poškození. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 3 písm. e) 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. 3 písm. f) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne zařazení na čekací listinu pro orgánovou transplantaci. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 3 písm. g) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne podstoupení chirurgického zákroku. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 3 písm. h) tohoto článku je nezbytné oftalmologické lékařské vyšetření pojištěného provedené nejdříve po třech kalendářních měsících ode dne stanovení diagnózy a potvrzující její trvalost.
- 2.3. Splnění podmínky uplynutí šesti kalendářních měsíců od počátku pojištění pro případ vážné choroby dle článku 1 odst. 2 části D těchto ZPP a odst. 2.1 tohoto článku se nevyžaduje, došlo-li k vážné chorobě výlučně v důsledku úrazu, vzniklého nejdříve v den počátku pojištění pro případ vážné choroby.
3. 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:
- infarkt myokardu**
Infarkt myokardu se rozumí diagnóza akutního infarktu myokardu, potvrzená propouštěcí zprávou z kardiologického či interního oddělení a obsahující nálezn akinezy nebo dyskinezy při echokardiografickém vyšetření a zároveň splňující alespoň jednu z následujících tří podmínek:
 - vývoj patologického Q kmítu minimálně ve dvou EKG svodech ($Q \geq 0,04$ s nebo $Q > 0,25\%$ amplitudy kmítu R),
 - nespecifické EKG známky infarktu myokardu s charakteristickou dynamikou biochemických markerů, tj. CK-MB a troponinu,
 - typická anamnéza pro infarkt myokardu s charakteristickou dynamikou biochemických markerů, tj. CK-MB a troponinu.
 Pojistná ochrana se vztahuje i na případy, kdy nejsou splněny výše uvedené podmínky, pokud je diagnóza akutního infarktu myokardu potvrzena propouštěcí zprávou z kardiologického či interního oddělení, pojištěný byl léčen nemocniční intravenózní trombolýzou nebo akutní PTCA (primární koronární angioplastika) a splnil indikační kritéria pro tuto léčbu.
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze akutního infarktu myokardu, a propouštěcí zprávu o hospitalizaci z důvodu této diagnózy. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař kardiologického nebo interního zdravotnického zařízení, v němž byl pojištěný hospitalizován.
 - cévní mozková příhoda**
Cévní mozkovou příhodou se rozumí nahodile vzniklé poškození mozku v důsledku krvácení do mozkové tkáně nebo nedokrvení mozkové tkáně s odpovídajícím neurologickým náleznem, který musí přetrvávat ještě alespoň tři kalendářní měsíce po stanovení diagnózy cévní mozkové příhody. Součástí diagnózy musí být některé zobrazovací vyšetření mozku s náleznem odpovídajícím mozkové ischemii, nebo intracerebrálnímu či subarachnoidálnímu krvácení.
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze cévní mozkové příhody a lékařské potvrzení o neurologickém poškození přímo souvisejícím s předmětnou příhodou hodnoceným nejdříve po třech kalendářních měsících od stanovení diagnózy cévní mozkové příhody. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení.
 - 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 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. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení.
 - 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 podvěsku mozkového a míchy.
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o provedení neurochirurgického zákroku, nebo lékařské potvrzení o trvalém neurologickém poškození přímo souvisejícím s neoperabilním nezhoubným nádorem. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení, které léčbu pojištěného provádí.
 - 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. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení, které tuto léčbu pojištěného provádí.
 - zařazení na čekací listinu pro orgánovou transplantaci**
Zařazením na čekací listinu pro orgánovou transplantaci se rozumí lékařské potvrzení o zařazení pojištěného na čekací listinu pro transplantaci jednoho z těchto výhradně lidských orgánů či jejich částí: srdce, plic, jater, ledviny, slinivky břišní nebo krvetvorných buněk, při níž bude pojištěný příjemcem transplantátu. Na transplantace ostatních orgánů či jejich částí se pojistná ochrana nevztahuje.
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o zařazení pojištěného na čekací listinu pro transplantaci. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení na území České republiky, které zařazení pojištěného na čekací listinu pro transplantaci provedlo.
 - 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 uzávěru koronární tepny pomocí žilního nebo arteriálního štetpu (tzv. bypass). Operace musí být provedena specializovaným zdravotnickým zařízením na území České republiky. Pojistná ochrana se nevztahuje na tzv. MICAB výkony (minimálně invazivní koronární chirurgie), intraarteriální výkony a všechny typy nechirurgických angioplastik.
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o provedení operace koronárních tepen, před a pooperační lékařské vyšetření pojištěného včetně koronarografie, ultrazvuku, nebo CT a angiografický záznam vyšetření pojištěného prokazující přítomnost takového postižení věnčitých tepen, které bylo nezbytné řešit výše popsanou operací. Lékařské potvrzení i vyšetření musí vystavit odborný lékař kardiologického zdravotnického zařízení.
 - 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.
 - 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). Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař otorinolaryngolog.
- j) infekce virem HIV v důsledku provedení krevní transfúze
Infekcí virem HIV v důsledku provedení krevní transfúze se rozumí prokázaná infekce HIV v důsledku příjmu krevní konzervy kontaminované virem HIV, podané pojištěnému během krevní transfúze provedené na území České republiky v době trvání pojištění 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.
4. Kromě povinností uvedených v odst. 3 tohoto článku je pojištěný dále povinen:
- písemně oznámit pojistiteli na příslušném tiskopisu vznik pojistné události, a to bez zbytečného odkladu,
 - pokud u něho byla během prvních šesti 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,
 - 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,
 - vyžaduje-li to pojistitel, podrobit se na náklady pojistitele kontrolnímu vyšetření zdravotního stavu u lékaře, kterého pojistitel určí, a v jím určeném termínu,
 - dotat pojistiteli všechny doklady, zprávy a posudky, které si pojistitel při pojistné události i kdykoliv v době trvání pojištění vyžádá, a to bez zbytečného odkladu,
 - 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,
 - zplnomocnit svou zdravotní pojišťovnu k poskytnutí všech informací, které si pojistitel vyžádá.
5. V souladu s ustanovením článku 14 odst. 12 VPP se pro pojištění pro případ vážné choroby ujednávají i následující výluky a omezení pojistného plnění pro případ pojistné události vážné choroby:
- 5.1. Pojistné plnění pro případ vážné choroby se vztahuje na pojistné události vymezené v pojistné smlouvě, které nastanou kdekoli, s výjimkou pojistných událostí uvedených v odst. 3 písm. f), g) a j) tohoto článku, které musí nastat na území České republiky.
- 5.2. Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění pro případ vážné choroby v případech, kdy k pojistné události dojde v přímé souvislosti s:
- úmyslným jednáním pojištěného 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.
- 5.3. Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění pro případ vážné choroby v případech, kdy k pojistné události dojde v přímé souvislosti s:
- působením ionizačního záření nebo účinné 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,
 - pracovní činností pojištěného, během níž přichází do kontaktu s azbestem,
 - infekcí virem HIV či onemocněním AIDS, s výjimkou případů přenosu infekce viru HIV v důsledku provedení krevní transfúze podle odst. 3 písm. j) tohoto článku,
 - výskytu 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.
- 5.4. Mělo-li vědomé porušení povinností uvedených v odst. 3 a v odst. 4 písm. c) až g) tohoto článku podstatný vliv na vznik pojistné události vážné choroby nebo na zvětšení rozsahu následků této pojistné události nebo bylo-li znemožněno šetření nutné ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit, je pojistitel oprávněn pojištěnému snížit pojistné plnění podle toho, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit.
6. Nastane-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 2 tohoto článku a neposkytne-li za ni pojistitel pojistné plnění v souladu s ustanoveními článku 14 odst. 2 až 6 a 8 VPP nebo v souladu s ustanovením odst. 5.2 tohoto článku, pojištění pro případ vážné choroby zaniká.
7. Nastane-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 2 tohoto článku a neposkytne-li za ni pojistitel pojistné plnění v souladu s ustanovením odst. 5.3 tohoto článku, pojištění pro případ vážné choroby pokračuje beze změn.

část F - Pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu

Článek 1 – Nároky z pojištění

- Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je sjednáno pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu dle článku 1 odst. 4 písm. c) části A těchto ZPP.
- Stane-li se pojištěný v době trvání pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu, nejdříve však po dvou letech ode dne jeho počátku, plně invalidním ve smyslu platných právních předpisů o sociálním zabezpečení, a to následkem nemoci vzniklé nejdříve v den počátku pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu, vyplatí 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.
- Stane-li se pojištěný v době trvání pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu plně invalidním ve smyslu platných právních předpisů o sociálním zabezpečení, a to následkem úrazu nastalého nejdříve v den počátku pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu, vyplatí pojistitel pojištěnému pojistnou částku pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu sjednanou v pojistné smlouvě k datu úrazu, v jehož důsledku plná invalidita nastala.
- 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), vyplatí pojistitel pojištěnému pojistnou částku pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu sjednanou v pojistné smlouvě k datu vzniku první z těchto příčin.
- Pojištěný prokáže plnou invaliditu pojistiteli pravomocným rozhodnutím o přiznání plné invalidity od příslušné správy sociálního zabezpečení.
- Ujednává se, že datem vzniku pojistné události je datum uvedené v rozhodnutí o přiznání plné invalidity vydaném příslušnou správou sociálního zabezpečení dle odst. 5 tohoto článku. 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.
- V souladu s ustanovením článku 14 odst. 12 VPP se ujednává, že pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu i v případech, stane-li se pojištěný plně invalidním v důsledku:
 - úmyslného poškození vlastního zdraví včetně úmyslného nevyhledání zdravotní péče nebo úmyslného nerespektování rad a doporučení lékaře,
 - infekce virem HIV či onemocnění AIDS, s výjimkou případů přenosu infekce viru HIV v důsledku provedení krevní transfúze ve smyslu článku 1 odst. 3 písm. j) části E těchto ZPP,
 - nemoci, která vznikla v důsledku úrazu, který pojištěný utrpěl před počátkem pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu,
 - úrazu, který vznikl v důsledku nemoci, jejíž diagnóza byla pojištěnému stanovena před počátkem pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu,
 - nemoci z povolání nebo pracovního úrazu, který nesplňuje definici úrazu dle článku 2 části A těchto ZPP,
 - úrazu, který utrpěl v důsledku nepřiměřené tělesné námahy,
 - vrozených vad a nemocí,
 - úrazu, který utrpěl při provozování bungee jumpingu, snowboardingu nebo lyžování mimo vyznačené tratě nebo mimo stanovenou dobu provozu na vyznačených traťkách, snowraftingu, raftingu, canyoningu, potápění s přístrojem, parašutismu, paraglidingu, speleologii, horolezectví, skialpinismu, létání v motorových i bezmotorových letadlech s výjimkou státem licencovaných dopravců, létání v lehkých a ultralehkých letounech, na rogalu, kluzáku, v balónu a při provozování dalších extrémních a adrenalinových sportů,
 - nemoci nebo úrazu, které utrpěl při provozování profesionální sportovní činnosti,
 - nemoci nebo úrazu, které utrpěl při výkonu některého z níže uvedených povolání, resp. činností - artista, kaskadér, krotitel zvířete, námořník, potápěč, pyrotechnik, pracovník s výbušninami, speleolog, tovární jezdec motorových vozidel nebo plavidel, tovární pilot, pilot ozbrojených složek, učitel bojových sportů, voják u útvarů v zahraničí.
- Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu, porušil-li pojištěný některou z povinností dle odst. 9 tohoto článku.
- Pojištěný je povinen bez zbytečného odkladu po obdržení rozhodnutí o přiznání plné invalidity od příslušné správy sociálního zabezpečení oznámit tuto skutečnost pojistiteli. Pojištěný je dále povinen zmocnit příslušnou správu sociálního zabezpečení k poskytnutí informací pojistiteli.

10. Nastane-li u pojištěného pojištná 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 pojištnou událost není pojistitelem v souladu s ustanoveními článku 14 odst. 2 až 6 a 8 VPP nebo v souladu s ustanovením odst. 7 tohoto článku poskytnuto pojištění plnění.

část G - Pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu

Článek 1 – Nároky z pojištění

1. Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že v pojištné smlouvě je sjednáno pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu dle článku 1 odst. 4 písm. d) části A těchto ZPP.
2. Stane-li se pojištěný v době trvání pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu plně invalidním ve smyslu platných právních předpisů o sociálním zabezpečení, a to následkem úrazu nastalého nejdříve v den počátku pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu, vyplatí pojistitel pojištěnému pojištnou částku pro případ plné invalidity následkem úrazu sjednanou v pojištné smlouvě k datu úrazu, v jehož důsledku plná invalidita nastala. Nastala-li plná invalidita v důsledku několika úrazů, vyplatí pojistitel pojištěnému pojištnou částku pro případ plné invalidity následkem úrazu sjednanou v pojištné 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 pojištné události je datum uvedené v rozhodnutí o přiznání plné invalidity vydaném příslušnou správou sociálního zabezpečení dle odst. 3 tohoto článku. Pro vznik nároku na pojištné plnění posuzuje pojistitel, a to v souladu s odst. 2 tohoto článku, pojištnou událost jako celek, tj. včetně příčiny (úrazu), v jejímž důsledku plná invalidita nastala.
5. V souladu s ustanoveními článku 14 odst. 12 VPP se ujednává, že pojistitel není povinen poskytnout pojištné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu i v případech, stane-li se pojištěný plně invalidním v důsledku:
 - a) úmyslného poškození vlastního zdraví včetně úmyslného nevyhledání zdravotní péče nebo úmyslného nerespektování rad a doporučení lékaře,
 - b) pracovního úrazu, který nesplňuje definici úrazu dle článku 2 části A těchto ZPP,
 - 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 kýl (hernií), bércoových vředů, diabetických gangrén, nádorů všeho druhu a původu, vzniku a zhoršení aseptických zánětů pochev šlachových, úponů svalových, tíhových vřádků 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 únavových 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, snowraftingu, raftingu, canyoningu, potápění s přístrojem, parašutismu, paraglidingu, speleologii, horolezectví, skialpinismu, létání v motorových i bezmotorových letadlech s výjimkou státem licencovaných dopravců, létání v lehkých a ultralehkých letounech, na rogalu, kluzáku, v balónu a při provozování dalších extrémních a adrenalinových sportů,
 - l) úrazu, který utrpěl při provozování profesionální sportovní činnosti,
 - m) úrazu, který utrpěl při výkonu některého z níže uvedených povolání, resp. činností - artista, kaskadér, krotitel zvířete, námořník, potápěč, pyrotechnik, pracovník s vybušninami, speleolog, tovární jezdec motorových vozidel nebo plavidel, tovární pilot, pilot ozbrojených složek, učitel bojových sportů, voják u útvarů v zahraničí.
6. Pojistitel je oprávněn snížit pojištné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu, porušil-li pojištěný některou z povinností dle odst. 7 tohoto článku.
7. Pojištěný je povinen bez zbytečného odkladu po obdržení rozhodnutí o přiznání plné invalidity od příslušné správy sociálního zabezpečení oznámit tuto skutečnost pojistiteli. Pojištěný je dále povinen zmocnit příslušnou správu sociálního zabezpečení k poskytnutí informací pojistiteli.
8. Nastane-li u pojištěného pojištná událost dle odst. 2 tohoto článku, pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu zaniká, a to i v případech, že za tuto pojištnou událost není pojistitelem v souladu s ustanoveními článku 14 odst. 2 až 6 a 8 VPP nebo v souladu s ustanovením odst. 5 tohoto článku poskytnuto pojištné plnění.

část H - Pojištění pro případ smrti následkem úrazu

Článek 1 – Nároky z pojištění

1. Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že v pojištné smlouvě je sjednáno pojištění pro případ smrti následkem úrazu dle článku 1 odst. 4 písm. e) části A 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, vyplatí pojistitel tomu, komu smrtí pojištěného vznikne právo na pojištné plnění, pojištnou částku pro případ smrti následkem úrazu sjednanou v pojištné smlouvě k datu úrazu.

část I - Pojištění pro případ trvalých následků úrazu

Článek 1 – Nároky z pojištění

1. Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že v pojištné smlouvě je sjednáno pojištění pro případ trvalých následků úrazu dle článku 1 odst. 4 písm. f) části A těchto ZPP.
2. Zanechá-li úraz, který vznikl v době trvání pojištění pro případ trvalých následků úrazu, pojištěnému trvalé následky, vyplatí pojistitel z pojištné částky pro případ trvalých následků úrazu sjednané v pojištné 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 pojištné smlouvě k datu úrazu ujednána jako minimální pro vznik povinnosti pojistitele plnit (limit trvalých následků úrazu) a současně pojištěný na následky tohoto úrazu nezemřel do 6 měsíců ode dne úrazu.
3. Nemůže-li pojistitel poskytnout pojištné 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 pojistiteli lékařskou zprávou, že alespoň část trvalých následků úrazu odpovídající minimálnímu rozsahu stanovenému v pojištné smlouvě k datu úrazu pro vznik povinnosti pojistitele plnit má již trvalý charakter.
4. Týká-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 pojištného plnění za trvalé následky úrazu určuje pojistitel na základě zprávy o výsledku zdravotní prohlídky pojištěného u lékaře určeného pojistitelem. Opírá se přitom o stanovisko lékaře, který pro něj vykonává odbornou poradní činnost.
6. Zdravotní prohlídku ke zjištění rozsahu trvalých následků úrazu u lékaře určeného pojistitelem zabezpečí pojistitel na svůj náklad v případě, kdy podle zprávy lékaře, který pojištěného ošetřoval, doplněné podle potřeby výpisem ze zdravotních záznamů o pojištěném, které si pojistitel vyžádá nebo které mu pojištěný v souladu s ustanovením článku 16 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 pojištné smlouvě k datu úrazu.
7. Ve vážných případech, u nichž pojistitel rozhodne o tom, že není možno určit rozsah trvalých následků úrazu v souladu s ustanoveními odst. 5 a 6 tohoto článku, určí pojistitel výši pojištného plnění podle zdravotní dokumentace pojištěného.
8. Pojištné plnění za trvalé následky úrazu se určuje podle Oceňovací tabulky B, a to ve výši tolika procent pojištné částky pro případ trvalých následků úrazu sjednané v pojištné smlouvě k datu úrazu, kolik procent tato tabulka uvádí pro jednotlivá tělesná poškození. Stanoví-li Oceňovací tabulka B procentní rozpětí, určí pojistitel výši plnění tak, aby v rámci daného rozpětí odpovídalo plnění povaze a rozsahu tělesného poškození, které bylo pojištěnému úrazem způsobeno.
9. Není-li jakékoliv tělesné poškození obsaženo v Oceňovací tabulce B, je pojistitel oprávněn určit výši pojištného plnění sám nebo v součinnosti s lékařem, kterého určí. Ke stanovení výše pojištného plnění použije analogicky hodnoty uvedené v Oceňovací tabulce B u tělesných poškození, která jsou předmětnému tělesnému poškození svou povahou nejbližší.
10. Způsobil-li jediný úraz poškozenému několik trvalých následků různého druhu, hodnotí se celkové trvalé následky úrazu součtem procent pro jednotlivé následky. Týká-li se však jednotlivé následky téhož údu, orgánu nebo jejich částí, hodnotí se jako celek, a to nejvýše procentem stanoveným v Oceňovací tabulce B pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich částí.
11. Pojistitel je povinen vyplatit za trvalé následky úrazu způsobené jedním úrazovým dějem nejvýše 100 % pojištné částky pro případ trvalých následků úrazu sjednané v pojištné 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. 10 tohoto článku hranici 100 % překročí.

12. Bylo-li v pojistné smlouvě k datu úrazu sjednáno pojištění trvalých následků úrazu s limitem plnění od 1 %, poskytuje pojistitel pojistné plnění v souladu s ustanoveními tohoto článku za trvalé následky úrazu pouze v tom případě, že jejich rozsah podle Oceňovací tabulky B dosáhne po jejich ustálení minimálně 1 % trvalého poškození těla.
13. Bylo-li v pojistné smlouvě k datu úrazu sjednáno pojištění trvalých následků úrazu s limitem plnění od 10 %, poskytuje pojistitel pojistné plnění v souladu s ustanoveními tohoto článku za trvalé následky úrazu pouze v tom případě, že jejich rozsah podle Oceňovací tabulky B dosáhne po jejich ustálení minimálně 10 % trvalého poškození těla.
14. Bylo-li v pojistné smlouvě k datu úrazu sjednáno k pojištění trvalých následků úrazu progresivní plnění, pojistitel 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.

část J - Pojištění pro případ léčení úrazu (denní odškodné)

Článek 1 – Nároky z pojištění

1. Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je sjednáno pojištění pro případ léčení úrazu (denní odškodné) dle článku 1 odst. 4 písm. g) části A těchto ZPP.
2. Z pojištění pro případ léčení úrazu vznikne pojištěnému právo na pojistné plnění – denní odškodné tehdy, jestliže pojištěný utrpí úraz v době trvání pojištění pro případ léčení úrazu a doba nezbytného léčení tělesného poškození následkem tohoto úrazu doložená lékařským potvrzením dosáhne alespoň limitu plnění denního odškodného sjednaného v pojistné smlouvě k datu úrazu. U tělesných poškození, u kterých je v Oceňovací tabulce A uvedeno „neplní se“, není pojistitel povinen poskytnout plnění denního odškodného, i když je tato podmínka splněna.
3. Pojistitel vyplatí denní odškodné za dobu, která se určí ode dne daného limitem plnění denního odškodného sjednaného v pojistné smlouvě k datu úrazu až do konce trvání nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu doloženého lékařským potvrzením, ale pouze v případě, že tato nepřesáhne počet dní stanovený pro jednotlivá tělesná poškození v Oceňovací tabulce A. Za dny, o které celková doba trvání nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu přesáhne tento pojistitelem stanovený limit, není pojistitel povinen plnit.
4. V případě, že nezbytné léčení tělesného poškození následkem úrazu probíhá v pracovní neschopnosti, za kterou pojištěnému náleží peněžité dávky nemocenské, jsou jím čerpány a ve smyslu předpisů o sociálním zabezpečení se mu vystavuje doklad o pracovní neschopnosti (dále jen „pracovní neschopnost“) a délka pracovní neschopnosti přesáhne počet dní stanovený pro jednotlivá tělesná poškození v Oceňovací tabulce A, je pojištěný povinen vyplatit denní odškodné za dobu, která se určí ode dne daného limitem plnění denního odškodného sjednaného v pojistné smlouvě k datu úrazu až do konce pracovní neschopnosti, ale pouze v případě, že tato nepřesáhne počet dní stanovený pro jednotlivá tělesná poškození v Oceňovací tabulce A o více než 20 %. Za dny, o které celková doba pracovní neschopnosti přesáhne pojistitelem stanovený limit navýšený o 20 %, není pojistitel povinen plnit.
5. Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu přesahující 365 dní ode dne tohoto úrazu.
6. Utrpí-li pojištěný další úraz v době nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu, za který je pojistitel povinen vyplatit denní odškodné, stanoví se počet dní, za které pojistitel nejvýše plní, jako součet počtu dní uvedených v Oceňovací tabulce A pro obě tělesná poškození. Doba, po kterou se doby léčení obou úrazů překrývají, se započítává pouze jednou.
7. Dojde-li k souběhu léčení následků úrazu a nemoci, která není následkem úrazu, vyplatí pojistitel denní odškodné nejvýše za počet dní, který je uveden pro jednotlivá tělesná poškození v Oceňovací tabulce A.
8. Utrpí-li pojištěný jedním úrazovým dějem několik tělesných poškození, stanoví se počet dní, za které je pojistitel povinen vyplatit denní odškodné, podle toho tělesného poškození, u kterého je v Oceňovací tabulce A uveden nejvyšší počet dní.
9. Není-li jakékoliv tělesné poškození obsaženo v Oceňovací tabulce A, je pojištěný oprávněn určit výši pojistného plnění sám nebo v součinnosti s lékařem, kterého určí. Ke stanovení výše pojistného plnění použije analogicky hodnoty uvedené v Oceňovací tabulce A u tělesných poškození, která jsou předmětnému tělesnému poškození svou povahou nejbližší.
10. Výše plnění denního odškodného se stanoví vynásobením počtu dní určeného podle zásad uvedených v tomto článku částkou denního odškodného sjednanou v pojistné smlouvě k datu úrazu.
11. Bylo-li v pojistné smlouvě k datu úrazu sjednáno pojištění pro případ léčení úrazu (denní odškodné) s limitem plnění od 15. dne a doba nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu trvá alespoň 15 dní, vyplatí pojistitel v souladu s ostatními ustanoveními tohoto článku počínaje 15. dnem a konče 28. dnem nezbytného léčení částku denního odškodného ve dvojnásobné výši částky denního odškodného sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu a za každý další den od 29. dne nezbytného léčení denní odškodné ve výši sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu.
12. Bylo-li v pojistné smlouvě k datu úrazu sjednáno pojištění pro případ léčení úrazu (denní odškodné) s limitem plnění od 29. dne a doba nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu trvá alespoň 29 dní, vyplatí pojistitel v souladu s ostatními ustanoveními tohoto článku částku denního odškodného ve výši sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu, a to od prvního dne tohoto léčení.

část K - Společná ujednání pro pojištění pro případ smrti následkem úrazu, pro případ trvalých následků úrazu a pro případ léčení úrazu (denní odškodné)

Článek 1 – Omezení pojistného plnění, výluky z pojištění

1. Ustanovení tohoto článku platí, je-li v pojistné smlouvě sjednáno alespoň jedno z pojištění dle článku 1 odst. 4 písm. e) až g) části A těchto ZPP.
2. V souladu s ustanovením článku 18 odst. 1 VPP se odchýlně od ustanovení článku 14 VPP ujednává, že pro omezení pojistného plnění a výluky z pojištění dle odst. 1 tohoto článku platí pouze ujednání následujících odstavců tohoto článku.
3. Není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak, vztahují se pojištění dle odst. 1 tohoto článku na pojistné události, které v době trvání pojištění nastanou kdekoliv.
4. Pojistitel není povinen z pojištění dle odst. 1 tohoto článku poskytnout pojistné plnění za:
 - a) vznik a zhoršení kýl (hernií), bércových vředů, diabetických gangrén, nádorů všeho druhu a původu, za vznik a zhoršení aseptických zánětů pochev šlachových, úponů svalových, tíhových váčků a epikondylitid,
 - b) infekční nemoci, i když byly přeneseny zraněním,
 - c) pracovní úrazy a nemoci z povolání, nesplňují-li definici úrazu dle článku 2 části A těchto ZPP,
 - d) následky diagnostických, léčebných a preventivních zákroků, které nebyly provedeny za účelem léčení následků úrazu,
 - e) zhoršení již existující nemoci v důsledku úrazu a úrazy nastalé v důsledku nemoci,
 - f) infarkt myokardu a za následky úrazu, ke kterému v jeho důsledku došlo,
 - g) ploténkové a algické páteřní syndromy a výhřezy plotének neúrazovým dějem a mikrotraumatem,
 - h) zlomeniny v důsledku vrozené lomivosti kostí nebo metabolických poruch a za patologické a únavové zlomeniny, jakož i za vymknutí a vykloubení v důsledku vrozených vad a nemoci,
 - i) úrazy, které pojištěný utrpěl v důsledku nepřiměřené tělesné námahy.
5. Z pojištění dle odst. 1 tohoto článku není dále pojistitel povinen poskytnout pojistné plnění za úrazy:
 - a) nastalé v přímé nebo nepřímé souvislosti s válečným konfliktem, bojovými nebo válečnými akcemi,
 - b) nastalé v přímé nebo nepřímé souvislosti s účastí pojištěného na vzpouře, povstání, nepokojích a veřejných násilnostech, pokud k této účasti nedojde při plnění pracovní či služební povinnosti na území České republiky,
 - c) které pojištěný utrpěl při řízení motorového vozidla, plavidla či letadla, pro něž neměl příslušné oprávnění k řízení, za úrazy pojištěného, ke kterým došlo při letech, u nichž, s vědomím pojištěného, použité letadlo nebo pilot neměl úřední povolení, nebo které byly provedeny proti úřednímu předpisu nebo bez vědomí či proti vůli držitele letadla,
 - d) které nastaly v důsledku sebevraždy, pokusu o ni a v důsledku zaviněného sebepoškození,
 - e) které pojištěný utrpěl v přímé souvislosti s úmyslným trestným činem, který spáchal a o kterém bylo ukončeno přípravní řízení v rámci trestního řízení,
 - f) které pojištěný utrpěl, není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak, při provozování bungee jumpingu, snowboardingu nebo lyžování mimo vyznačené tratě nebo mimo stanovenou dobu provozu na vyznačených tratích, při snowraftingu, raftingu, canyoningu, skialpinismu, parašutismu, paraglidingu, speleologii a při provozování dalších extrémních a adrenalinových sportů a činností, s výjimkou sportů uvedených ve 3. rizikové skupině.
6. Pojistitel je z pojištění dle odst. 1 tohoto článku oprávněn podle okolností případu snížit pojistné plnění:
 - a) došlo-li k úrazu pojištěného pod vlivem alkoholu nebo jiných omamných, toxických, psychotropních či ostatních látek způsobících nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování,
 - b) došlo-li k úrazu pojištěného v přímé souvislosti s protiprávním jednáním pojištěného, o kterém bylo pravomocně rozhodnuto orgánem veřejné správy ve správním řízení nebo o kterém bylo ukončeno přípravní řízení v rámci trestního řízení,

- c) došlo-li k úrazu pojištěného v souvislosti s jednáním, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt,
d) mělo-li vědomé porušení povinnosti dle článku 2 odst. 1 této části ZPP pojištěným podstatný vliv na zvětšení rozsahu následků pojistné události,
e) nebyla-li dle článku 2 odst. 7 této části ZPP nahlášena změna povolání nebo registrované sportovní činnosti, která by znamenala zařazení pojištěného do vyšší rizikové skupiny.
7. Osoba, které má vzniknout právo na pojistné plnění za smrt pojištěného následkem úrazu, tohoto práva nenabude, způsobila-li pojištěnému smrt úmyslným trestným činem, o kterém bylo ukončeno přípravné řízení v rámci trestního řízení.
8. Poruší-li pojištěný ustanovení článku 16 odst. 10 VPP nebo článku 2 odst. 4 této části ZPP a má-li tato skutečnost vliv na šetření nutné ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit, vyhrazuje si pojistitel právo pojistné plnění z pojištění uvedených v odst. 1 tohoto článku snížit nebo neposkytnout.

Článek 2 – Povinnosti pojistníka, pojištěného a osoby, které vznikne právo na pojistné plnění

1. Ustanovení tohoto článku platí, je-li v pojistné smlouvě sjednáno alespoň jedno z pojištění dle článku 1 odst. 4 písm. e) až g) části A těchto ZPP.
2. 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.
3. Pokud pojištěný vyžaduje doplňující kontrolní vyšetření, je povinen nést náklady s ním spojené. Poskytne-li pojistitel na základě kontrolního vyšetření další pojistné plnění, uhradí pojištěnému částku nákladů za toto vyšetření. Pojistitel si vyhrazuje právo určit lékaře, resp. zdravotnické zařízení, u něhož bude vyšetření provedeno. V opačném případě není pojistitel povinen výsledky kontrolního vyšetření akceptovat.
4. Pojištěný je povinen na příslušném tiskopisu pojistitele, na němž mu oznámí vznik úrazu, zmocnit příslušnou správu sociálního zabezpečení k poskytnutí informací pojistiteli.
5. Kdo má právo na pojistné plnění z pojištění uvedených v odst. 1 tohoto článku, je povinen postupovat v souladu s ustanoveními článku 13 odst. 6 a 9 VPP.
6. Kdo má právo na pojistné plnění za smrt pojištěného následkem úrazu, je navíc povinen postupovat dle ustanovení článku 13 odst. 7 VPP.
7. Veškeré změny související se změnou povolání nebo registrované sportovní činnosti pojištěného, které mají vliv na změnu rizikové skupiny, musí být bez zbytečného odkladu oznámeny pojistiteli. Tuto povinnost má vůči pojistiteli jak pojistník, tak pojištěný. Výkon vojenské základní (náhradní) služby, civilní služba nebo účast na vojenských cvičeních záloh, mateřská a další mateřská dovolená se nepovažují za změnu povolání nebo zaměstnání. Změnu zařazení do jiné rizikové skupiny provede pojistitel spolu se změnou pojistného k prvnímu dni pojistného období následujícího po oznámení změny.

RIZIKOVÉ SKUPINY PRO POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD SMRTI NÁSLEDKEM ÚRAZU, PRO PŘÍPAD TRVALÝCH NÁSLEDKŮ ÚRAZU A PRO PŘÍPAD LÉČENÍ ÚRAZU (DENNÍ ODŠKODNÉ)

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

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

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

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

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

Autojezábníci, automechanici, bednáři, barmani, bezpečnostní pracovníci, brusiči, cukráři, cvičitelky, člouníci, čišníci, dělníci, dlaždiči, dozorcí, důchodci invalidní a starobní, elektrikáři, elektromechanici, elektromontéři, frézaři, geodeti, geologové, instalatéri, kameníci, karosáři, klempíři, kominíci, košíkáři, kováři, kožešníci, krejčí, krupiči, kuchaři, kulísáči, kurýři, laboranti, lakýrníci, lanovkáři, lesníci, lešenáři, letušky, loďaři, loutkáři, malíři pokojů, manuální a provozní pracovníci v dopravě, ve filmovém oboru, v elektřinách, v hutnictví a těžkém strojírenství, v lomech a dolech, v textilním odvětví, v odvětví těžby a zpracování dřeva, v pivovarech a lihovarech, v prádelnách a čistírnách, ve stavebnictví, ve stravování, v zemědělství a lesnictví, mechanici, mlynáři, montéři, myslivci, námořníci, nástrojaři, natěrači, novináři, nožíři, obchodní zástupci, obkladači, obráběči, obuvníci, opraváři, osvětlovači, ošetřovatelé, pekaři, piloti letadel, plavčíci, plynaři, podlaháři, pokrývači, popeláři, poštovní doručovatelé, potrubáři, pracovníci bezpečnostních agentur, pracovníci technických služeb, promítači, provozní, prádelny, příslušníci policie, armády a pohraniční stráže, reportéři, restaurátoři, řezbáři, řezníci, řidiči, sedláři, servírky, seřizovači, skladníci, skláři, sklenáři, sládkové, slévači, soustružníci, stavaři, stavbyvedoucí, statikové, stevardi, strážníci, strojníci, studnaři, svářeči, šičky, švadleny, ševci, taxikáři, taviči, technici, tesaři, tiskaři, tkalci, topenáři, topiči, trenéři, truhláři, tuneláři, údržbáři, veterináři, vlekáři, vrátní, výpravčí, výtaháři, zahradníci, zámečníci, zásobovači, závozníci, zedníci, zoologové, zootechnici, zvonáři.

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

3. riziková skupina: osoby s velmi zvýšeným rizikem

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

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

4. riziková skupina: osoby se zvláště zvýšeným rizikem

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

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

