

ČSOB ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ MAXIMAL

Článek 1 Úvodní ustanovení

1. Tyto zvláštní pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy o pojištění pro případ dožití spojeným s investičním fondem - ČSOB finanční plán (dále jen "pojištění"), kterou sjednává ČSOB Pojišťovna a.s. (dále jen "pojistitel").
2. Toto pojištění se dále řídí Všeobecnými pojistnými podmínkami pro investiční životní pojištění a univerzální životní pojištění ze dne 1.12. 2001 (dále jen "všeobecné pojistné podmínky") a příslušnými ustanoveními občanského zákoníku.
3. Vztahují-li tyto zvláštní pojistné podmínky některé nároky z pojištění k věku pojištěného a je-li pojištění sjednáno jako pojištění dvojice, posuzuje pojistitel věk pojištěného podle toho z pojištěných, který je starší.

Článek 2 Pojmy

Pojmy použité v pojištění a nespécifikované všeobecnými pojistnými podmínkami jsou vymezeny následovně:

Program investování:	Interní program investování ustanovený výlučně pro účely tohoto pojištění, který se řídí ustanoveními článků 24 až 26 včetně v případě standardního programu investování, nebo jinými interními předpisy, které může pojistitel stanovit pro ostatní programy investování.
Podíl:	Poměrný díl programu investování definovaný pro účely tohoto pojištění.
Podílový účet:	Individuální účet spravovaný pojistitelem ke každé pojistné smlouvě, na nějž se připisují podíly jednotlivých programů investování vytvořených na základě zaplacení běžného, dodatečného běžného a mimořádného pojistného.
Cena podílu:	Cena stanovená pojistitelem použitá pro vytváření a rušení podílů jednotlivých programů investování v daný den.
Hodnota podílů:	Počet podílů připsaných na podílovém účtu vynásobený jejich příslušnou prodejní cenou.
Hodnota pojištění:	Hodnota všech podílů připsaných na podílovém účtu.
Výročí:	Výroční den počátku pojištění.
Pojistný rok:	Rok začínající běžet v den počátku pojištění nebo na výročí.
Oceňovací den:	Den, kdy jsou oceňována aktiva, k nimž jsou vztaženy jednotlivé standardní programy investování, a stanoveny ceny těchto programů investování.
Sazebník:	Aktuální sazebník poplatků a dalších náležitostí vztahujících se k tomuto pojištění, dostupný na všech obchodních místech pojistitele.

POJISTNÉ PLNĚNÍ

Pojistné plnění z pojištění vyplácí pojistitel v souladu s čl. 3 - 6 těchto pojistných podmínek a v závislosti na tom, které druhy plnění byly sjednány v pojistné smlouvě. Pojistné plnění z pojistných událostí dle článku 4 - 6, byla-li v pojistné smlouvě sjednána, vyplácí pojistitel pouze tehdy, nastane-li pojistná událost do výročí pojištění v roce, v němž pojištěný dosáhne 60-ti let věku. Pojistné plnění z pojištění vyplácí pojistitel pouze jednou, a to z té pojistné události, která nastane dříve; touto pojistnou událostí zanikají i všechna pojištění sjednaná dle čl. 3 - 6, ostatní nároky vyplývající z pojištění zanikají až výplatou pojistného plnění. Toto platí i v případě, že pojištění je sjednáno jako pojištění dvojice.

Článek 3 Pojistné plnění pro případ smrti

1. Ustanovení tohoto článku se použijí pouze v případě, že je v pojistné smlouvě sjednáno pojistné plnění pro případ smrti.
2. V případě úmrtí pojištěného v době trvání pojištění pojistitel vyplácí sjednanou pojistnou částku sníženou o nezaplacené běžné a dodatečné běžné pojistné, nebo hodnotu podílů připsaných na podílovém účtu vytvořených na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného stanovenou v den oficiálního oznámení pojistné události, je-li tato hodnota vyšší.
3. Jsou-li na podílovém účtu připsány podíly vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného, vyplácí pojistitel při úmrtí pojištěného jejich hodnotu stanovenou v den oficiálního oznámení pojistné události navíc k pojistnému plnění určenému podle odst. 2.
4. Je-li pojištění sjednáno jako pojištění dvojice, vyplácí pojistitel pojistné plnění pouze za toho z pojištěných, u nějž nastane pojistná událost dříve. Nastane-li pojistná událost současně, vyplácí pojistitel pojistné plnění pouze za jednoho z pojištěných.

Článek 4 Pojistné plnění pro případ vážné nemoci

1. Ustanovení tohoto článku se použijí pouze v případě, že je v pojistné smlouvě sjednáno pojistné plnění pro případ vážné nemoci.
2. V případě, že u pojištěného je v době trvání pojištění, nejdříve však po uplynutí prvních šesti kalendářních měsíců od počátku pojištění, stanovena první diagnóza vážné nemoci, která splňuje podmínky pojistné události dle odst. 5 tohoto článku, vyplácí pojistitel pojištěnému sjednanou pojistnou částku sníženou o nezaplacené běžné a dodatečné běžné pojistné, nebo hodnotu podílů připsaných na podílovém účtu vytvořených na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného stanovenou v den oficiálního oznámení pojistné události, je-li tato hodnota vyšší.
3. Jsou-li na podílovém účtu připsány podíly vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného, vyplácí pojistitel při výplatě pojistného plnění podle tohoto článku též jejich hodnotu stanovenou v den oficiálního oznámení pojistné události navíc k pojistnému plnění určenému podle odst. 2 tohoto článku.
4. Je-li pojištění sjednáno jako pojištění dvojice, vyplácí pojistitel pojistné plnění pouze tomu z pojištěných, u nějž nastane pojistná událost dříve.
5. Pojistná událost je při sjednání pojistného plnění pro případ vážné nemoci definována následovně
 - 5.1. Pojistná událost nastane, je-li písemnou lékařskou zprávou dále specifikovanou v odst. 6 tohoto článku
 - a) u pojištěného potvrzeno první stanovení diagnózy některého onemocnění uvedeného v odst. 6 písm. a) až e), písm. h) až j) tohoto článku, nebo
 - b) potvrzeno zařazení pojištěného na čekací listinu pro orgánovou transplantaci podle odst. 6 písm. f) tohoto článku, nebo
 - c) potvrzeno první podstoupení chirurgického zákroku uvedeného v odst. 6 písm. g) tohoto článku pojištěným(dále jen "vážná nemoc") 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 od počátku pojištění a současně byly splněny podmínky uvedené v odst. 5.2 tohoto článku.
 - 5.2. Pro vznik pojistné události v případě vážné nemoci uvedené v odst. 6 písm. a), c), i) a j) se vyžaduje, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné nemoci uvedené v odst. 6 písm. b) se vyžaduje přetrvávání neurologického nálezu u pojištěného po dobu alespoň tří kalendářních měsíců následujících ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné nemoci uvedené v odst. 6 písm. d) se vyžaduje, 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 nemoci uvedené v odst. 6 písm. e) se vyžaduje dialyzační léčba pojištěného trvajících alespoň tři po sobě následující kalendářní měsíce. Pro vznik pojistné události v případě vážné nemoci uvedené v odst. 6 písm. f) se vyžaduje, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne zařazení na čekací listinu pro orgánovou transplantaci. Pro vznik pojistné události

v případě vážné nemoci uvedené v odst. 6 písm. g) se vyžaduje, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne podstoupení chirurgického zákroku. Pro vznik pojistné události v případě vážné nemoci uvedené v odst. 6 písm. h) se vyžaduje oftalmologické lékařské vyšetření pojištěného provedené nejdříve po třech kalendářních měsících ode dne stanovení diagnózy a potvrzující její trvalost.

- 5.3. Splnění podmínky uplynutí šesti kalendářních měsíců od počátku pojištění podle odst. 2 a 5.1 tohoto článku se nevyžaduje, došlo-li k vážné nemoci výlučně v důsledku úrazu, vzniklého nejdříve v den počátku pojištění.
6. Pro účely sjednání pojistného plnění pro případ vážné nemoci a v souladu se zněním výše uvedených ustanovení tohoto článku se za vážnou nemoc při splnění níže uvedených podmínek považuje:

a) infarkt myokardu

Infarktem myokardu se rozumí diagnóza akutního infarktu myokardu, potvrzená propouštěcí zprávou z kardiologického či interního oddělení a obsahující nálezkou akinezy nebo dyskinezy při echokardiografickém vyšetření a zároveň splňující alespoň jednu z následujících tří podmínek:

- vývoj patologického Q kmitu minimálně ve dvou EKG svodech (Q 0,04 s nebo Q>0,25% amplitudy kmitu 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 (příp. osoba, která žádá jménem pojištěného o pojistné plnění a je k tomuto úkonu pojištěným písemně zplnomocněna - dále jen "zplnomocněná osoba") je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis "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.

b) 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 nálezem, který musí přetrvávat ještě alespoň tři kalendářní měsíce po stanovení diagnózy cévní mozkové příhody. Součástí diagnózy musí být některé zobrazovací vyšetření mozku s nálezem odpovídajícím mozkové ischémii, nebo intracerebrálnímu či subarachnoidálnímu krvácení.

Pojištěný (příp. zplnomocněná osoba) je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis "Oznámení pojistné události", jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze cévní mozkové příhody a lékařské potvrzení o neurologickém poškození přímo souvisejícím s předmětnou příhodou hodnoceným nejdříve po třech kalendářních měsících od stanovení diagnózy cévní mozkové příhody. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení.

c) rakovina

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

Pojistná ochrana se vztahuje i na zhoubný melanom kůže od klasifikačního stupně TNM 2-0-0, kožní T-lymfom od II. stádia, 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 (příp. zplnomocněná osoba) je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis "Oznámení pojistné události", jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze zhoubného nádoru. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení.

d) nezhoubný nádor mozku

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

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

Pojištěný (příp. zplnomocněná osoba) je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis "Oznámení pojistné události", jehož součástí je lékařské potvrzení o provedení neurochirurgického zákroku, nebo lékařské potvrzení o trvalém neurologickém poškození přímo souvisejícím s neoperabilním nezhoubným nádorem. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení, které léčbu pojištěného provádí.

e) chronické selhání ledvin

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

Pojištěný (příp. zplnomocněná osoba) je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis "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.

f) zařazení na čekací listinu pro orgánovou transplantaci

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

Pojištěný (příp. zplnomocněná osoba) je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis "Oznámení pojistné události", jehož součástí je lékařské potvrzení o zařazení pojištěného na čekací listinu pro transplantaci. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení na území České republiky, které zařazení pojištěného na čekací listinu pro transplantaci provedlo.

g) operace věnčitých tepen

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

Pojištěný (příp. zplnomocněná osoba) je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis "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.

h) slepota

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

Pojištěný (příp. zplnomocněná osoba) je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis "Oznámení pojistné události", jehož součástí je oftalmologické lékařské vyšetření vystavené odborným lékařem nejdříve po třech kalendářních měsících od stanovení diagnózy slepoty u pojištěného a potvrzující její trvalost.

i) hluchota

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

Pojištěný (příp. zplnomocněná osoba) je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis "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 vedlejšího pojištění. Zdravotnické zařízení, které kontaminovanou krevní konzervu podalo, musí písemně svou odpovědnost za přenos viru HIV na pojištěného potvrdit.

Pojištěný (příp. zplnomocněná osoba) je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis "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.

7. Kromě povinností uvedených v odst.6 tohoto článku je pojištěný dále povinen:

- a) písemně oznámit pojistiteli na jeho tiskopisu vznik pojistné události, a to bez zbytečného odkladu (povinnost stanovenou v tomto odstavci může za pojištěného splnit zplnomocněná osoba),
- b) dodržovat veškeré pokyny lékaře vztahující se k léčbě vážné nemoci, k léčebnému režimu a vyloučit veškerá jednání, která brání uzdravení,
- c) vyžaduje-li to pojistitel, podrobí se na náklady pojistitele dodatečnému vyšetření zdravotního stavu u lékaře, kterého pojistitel určí, a v jím určeném termínu,
- d) dodat pojistiteli všechny doklady, zprávy a posudky, které si pojistitel při pojistné události i kdykoliv v průběhu pojištění vyžádá, a to bez zbytečného odkladu,
- e) umožnit pojistiteli získávat a zpracovávat veškerou zdravotní dokumentaci 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,
- f) zplnomocnit svou zdravotní pojišťovnu k poskytnutí všech informací, které si pojistitel vyžádá.

8. Nad rámec čl. 14 všeobecných pojistných podmínek, se ujednává:

- 8.1. Pojistné plnění pro případ vážné nemoci se vztahuje na pojistné události vymezené pojistnou smlouvou, které nastanou kdekoli, s výjimkou pojistných událostí uvedených v odst. 6 písm. f), g) a j) tohoto článku, které musí nastat na území České republiky.
- 8.2. Pojistitel není povinen plnit v případech, kdy vážná nemoc nespĺňuje podmínky dle odst. 5.1 tohoto článku, s výjimkou ust. odst. 5.3.
- 8.3. Pojistitel není dále povinen plnit v případech, kdy k pojistné události dojde v přímé souvislosti s:
 - a) úmyslným jednáním pojištěného směřujícím k vyvolání vážné nemoci, k jejímu zhoršení, sebepoškození nebo sebevraždě,
 - b) působením ionizačního záření nebo účinků jaderné energie na pojištěného při práci v uranových dolech, jaderných elektrárnách a při práci s azbestem, s výjimkou případů, kdy je tomuto riziku vystaven lékař nebo zdravotnický personál při výkonu povolání nebo pojištěný v rámci léčebného procesu pod lékařským dohledem,
 - c) infekcí virem HIV či onemocněním AIDS, s výjimkou případů přenosu infekce viru HIV v důsledku provedení krevní transfúze podle odst. 6 písm. j) tohoto článku,
 - d) se zneužitím léků pojištěným nebo užíváním léků pojištěným bez lékařského doporučení nebo v rozporu s lékařským doporučením či úmyslným nerespektováním rad a doporučení lékaře pojištěným,
 - e) válečnými událostmi všeho druhu nebo občanskou válkou, s výjimkou účasti pojištěného v mírových operacích pod velením NATO v souladu s mandátem OSN,
 - f) aktivní účasti pojištěného na straně iniciátora občanských nepokojů, vzpour nebo výtržností,
 - g) přípravou, pokusem nebo spácháním trestné či protizákonné činnosti pojištěným, pro kterou byl pravomocným rozhodnutím soudu uznán vinným,
 - h) požitím alkoholu nebo jiných návykových, omamných či toxických látek a jedů pojištěným,
 - i) úrazem, který pojištěný utrpěl při řízení motorového vozidla, pro nějž neměl řidičské oprávnění,
 - j) výskytem následujících diagnóz v rodinné anamnéze pojištěného: polycystické ledviny, Alportův syndrom, Huntingtonova chorea, Marfanův syndrom, Gardnerův syndrom, Lynchův syndrom, třetí a více případů Diabetes mellitus I. typu vyskytujících se u přímých příbuzných.
- 8.4. Mělo-li vědomé porušení povinností uvedených v odst. 6 a v odst. 7 písm. b) až f) tohoto článku podstatný vliv na vznik pojistné události nebo na zvětšení rozsahu následků pojistné události, je pojistitel oprávněn pojištěnému snížit pojistné plnění podle toho, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinností plnit.

Článek 5 Pojistné plnění pro případ trvalé plné invalidity následkem nemoci

1. Ustanovení tohoto článku se použijí pouze v případě, že je v pojistné smlouvě sjednáno pojistné plnění pro případ trvalé plné invalidity následkem nemoci.
2. Stale-li se pojištěný v době trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech od počátku pojištění, plně invalidním ve smyslu platných právních předpisů o sociálním zabezpečení, a to následkem nemoci vzniklé nejdříve v den počátku pojištění nezávisle na jakýchkoliv dřívějších příčinách a potvrdí-li tuto skutečnost lékař k tomu určený pojistitelem, pojistitel vyplatí sjednanou pojistnou částku sníženou o nezaplacené běžné a dodatečné běžné pojistné, nebo hodnotu podílů připsaných na podílovém účtu vytvořených na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného stanovenou v den oficiálního oznámení pojistné události, je-li tato hodnota vyšší.
3. Jsou-li na podílovém účtu připsány podíly vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného, vyplatí pojistitel při výplatě pojistného plnění podle tohoto článku též jejich hodnotu stanovenou v den oficiálního oznámení pojistné události navíc k pojistnému plnění určenému podle odst. 2 tohoto článku.
4. Je-li pojištění sjednáno jako pojištění dvojice, vyplatí pojistitel pojistné plnění pouze tomu z pojištěných, u nějž nastane pojistná událost dříve.

Článek 6 Pojistné plnění pro případ trvalé plné invalidity následkem úrazu

1. Stale-li se pojištěný v době trvání pojištění plně invalidním ve smyslu platných právních předpisů o sociálním zabezpečení, a to následkem úrazu nastalého nejdříve v den počátku pojištění nezávisle na jakýchkoliv dřívějších příčinách a potvrdí-li tuto skutečnost lékař k tomu určený pojistitelem, pojistitel vyplatí sjednanou pojistnou částku sníženou o nezaplacené běžné a dodatečné běžné pojistné, nebo hodnotu podílů připsaných na podílovém účtu vytvořených na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného stanovenou v den oficiálního oznámení pojistné události, je-li tato hodnota vyšší.
2. Jsou-li na podílovém účtu připsány podíly vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného, vyplatí pojistitel při výplatě pojistného plnění podle tohoto článku též jejich hodnotu stanovenou v den oficiálního oznámení pojistné události navíc k pojistnému plnění určenému podle odst. 1 tohoto článku.
3. Je-li pojištění sjednáno jako pojištění dvojice, vyplatí pojistitel pojistné plnění pouze tomu z pojištěných, u nějž nastane pojistná událost dříve.

ZMĚNY POJISTNÉ ČÁSTKY A GARANCE

Článek 7 Změny pojistné částky

1. Pojistník je oprávněn snížit pojistnou částku nebo ji zvýšit, a to v rámci limitů stanovených pojistitelem. Tato změna pojistné částky je možná, pouze pokud byly řádně uhrazeny všechny předepsané splátky běžného a dodatečného běžného pojistného a pokud pojištění nebylo převedeno na pojištění bez placení pojistného podle článků 16, resp. 14. Pojistitel je oprávněn podmínit navýšení pojistné částky prokázáním vyhovujícího zdravotního stavu pojištěného.
2. Pokud dojde ke změně pojistné částky podle odst. 1, pojistitel vydá pojistníkovi novou pojistku. Změna pojistné částky je platná počínaje datem uvedeným na této nové pojistce.
3. Jsou-li v pojistné smlouvě sjednána další pojistná plnění, jejich pojistná částka bude upravena shodně se změnou pojistné částky podle odst. 1. Pokud by taková změna přesáhla limit stanovený pojistitelem, upraví se pojistná částka pro pojistná plnění pouze na úroveň tohoto limitu.

Článek 8 Garance a vyhodnocení postačitelosti

1. Do výročí v roce, v němž pojištěný dosáhne 60-ti let věku, pojistitel garantuje pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě, ale pouze za předpokladu, že jsou řádně a včas hrazeny všechny předepsané splátky běžného a dodatečného běžného pojistného a že v průběhu pojištění nedošlo ke změně pojistného rizika.

2. Vyplacení části hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného podle článku 18 nebo zahájení pravidelných výplat z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného podle článku 19 jsou považovány za změnu pojistného rizika.
3. Nezanikne-li pojištění v souladu s těmito pojistnými podmínkami do výročí v roce, v němž pojištěný dosáhne 60-ti let věku, a trvá-li pojištění i po tomto datu, vyhrazuje si pojistitel právo provést pojistné matematické vyhodnocení parametrů pojištění (zejm. pojistného a pojistné částky) z hlediska postačitelosti. Pokud jsou parametry pojištění vyhovující, pojistitel prodlouží garanci pojistné částky a pojistného vždy na dalších 5 pojistných let, kdy provede další takové vyhodnocení postačitelosti.
4. Pokud pojistitel shledá parametry pojištění nepostačujícími, je v souvislosti s prodloužením garance oprávněn požadovat zvýšení pojistného nebo snížení pojistné částky. Pokud pojistník odmítne požadavek pojistitele, pojištění pokračuje beze změny do doby, kdy hodnota podílů vytvořená na základě běžného a dodatečného běžného pojistného je postačující ke krytí poplatků spojených s pojištěním. Okamžikem, kdy hodnota těchto podílů je nulová, pojištění zaniká bez náhrady.
5. Nové parametry pojištění je pojistitel povinen pojistníkovi oznámit písemně nejméně dva měsíce před daným výročím. Pojistník má právo návrh pojistitele písemně odmítnout nejpozději do jednoho měsíce před výročím.

POJISTNÉ

Článek 9 Běžné a dodatečné běžné pojistné

1. Pojistník je povinen platit běžné pojistné ve sjednané výši uvedené v poslední pojistce.
2. Běžné pojistné se platí za dohodnutá pojistná období. První pojistné období začíná v den počátku pojištění.
3. Pojistník je na základě písemné žádosti oprávněn zvýšit běžné pojistné o více než o částku určenou podle článku 11, za předpokladu, že toto dodatečné navýšení není nižší než minimum stanovené pojistitelem. Na navýšené běžné pojistné (dále jen "dodatečné běžné pojistné") se vztahují předpisy pojistitele platné v době navýšení. Změna výše běžného pojistného bude provedena k datu indexace, pokud bude písemná žádost o tuto změnu doručena pojistiteli alespoň 30 dní před tímto datem.
4. Při navýšení běžného pojistného dle odst. 3 se úprava pojistné částky řídí předpisy pojistitele a ustanoveními článku 7, odst. 1. Pojistitel je oprávněn odmítnout navýšení běžného pojistného.

Článek 10 Mimořádné pojistné

1. Pojistník je oprávněn kdykoliv zaplatit mimořádné pojistné, pokud je běžné a dodatečné běžné pojistné řádně placeno a pokud nebylo pojištění převedeno na pojištění bez placení pojistného podle článků 16, resp. 14. Mimořádné pojistné musí být zaplacen ve formě stanovené pojistitelem a nesmí být nižší než minimum stanovené pojistitelem.
2. Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na povinnost pojistníka platit běžné a dodatečné běžné pojistné.
3. Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na výši pojistné částky.

Článek 11 Indexace

1. Každý rok, zpravidla k 1. dubnu, provede pojistitel navýšení pojistné částky a běžného a dodatečného běžného pojistného o částku, která je určena pojistitelem na základě ročního růstu indexu spotřebitelských cen. Mechanismus navýšení stanoví pojistitel. K tomuto navýšení pojistitel nebude vyžadovat prokázání vyhovujícího zdravotního stavu pojištěného. Toto navýšení může být vázáno na splnění dalších dodatečných podmínek, např. způsob platby. Pojistitel je oprávněn změnit datum, ke kterému je navýšení prováděno.
2. Pojistitel bude písemně informovat pojistníka o navýšení pojistné částky a běžného a dodatečného běžného pojistného nejméně 30 kalendářních dní před oznámeným datem indexace. Pojistník je oprávněn odmítnout toto navýšení, přičemž o tomto odmítnutí je povinen písemně informovat pojistitele nejpozději 14 kalendářních dní před dnem, kdy toto navýšení vstoupí v platnost.

Článek 12 Alokace pojistného

1. Část běžného pojistného placeného pojistníkem bude po odpočtu inkasního poplatku převedena na podíly jednotlivých programů investování, a to v poměru uvedeném v pojistce.
2. Nejméně 85% každé splátky běžného pojistného za první pojistný rok po odpočtu inkasního poplatku bude převedeno na podíly jednotlivých programů investování. Nejméně 95% každé splátky běžného pojistného za druhé a další pojistné roky po odpočtu inkasního poplatku bude převedeno na podíly jednotlivých programů investování. Toto procento bude zvýšeno až o 2 procentní body, pokud výše běžného pojistného na počátku pojištění přesáhne příslušné limity stanovené pojistitelem k tomuto datu.
3. Nejméně 85% každé splátky dodatečného běžného pojistného za první pojistný rok od data navýšení bude převedeno na podíly jednotlivých programů investování. Nejméně 95% každé splátky dodatečného běžného pojistného za druhé a další pojistné roky od data navýšení bude převedeno na podíly jednotlivých programů investování. Toto procento bude zvýšeno až o 2 procentní body, pokud výše běžného pojistného na počátku pojištění přesáhne příslušné limity stanovené pojistitelem k tomuto datu.
4. Dodatečné běžné pojistné bude převáděno na podíly jednotlivých programů investování v aktuálním poměru používaném pro běžné pojistné a v souladu s předpisy pojistitele platnými v době navýšení běžného pojistného.
5. Mimořádné pojistné bude převedeno na podíly jednotlivých programů investování v poměru specifikovaném pojistníkem a v souladu s předpisy pojistitele platnými v době uhrazení mimořádného pojistného.
6. Běžné pojistné, dodatečné běžné pojistné a mimořádné pojistné je převáděno na podíly na základě ceny podílů jednotlivých programů investování platné v okamžik převodu. První splátka běžného pojistného je převedena na podíly na počátku pojištění. První splátka dodatečného běžného pojistného je převedena na podíly k datu, ke kterému bylo podle článku 9 navýšení běžného pojistného provedeno. Další splátky běžného pojistného a dodatečného běžného pojistného jsou převáděny a rovněž mimořádné pojistné je převáděno na podíly bezprostředně po obdržení celé splátky pojistného pojistitelem.

POPLATKY

Článek 13 Poplatky a rizikové pojistné

1. Z každé splátky běžného pojistného je před převedením pojistného na podíly odečten inkasní poplatek, jehož výše je určena pojistitelem.
2. Pojistitel odečte každý měsíc z podílového účtu část podílů vytvořených na základě zaplacení běžného pojistného. Hodnota takto odečítaných podílů odpovídá správnému poplatku na administrativní náklady stanovenému pojistitelem.
3. Pojistitel odečte každý měsíc z podílového účtu část podílů vytvořených na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného. Hodnota takto odečítaných podílů odpovídá částce potřebné na úhradu rizika na následující měsíc spojeného s pojistnými plněními, která jsou v rámci pojištění sjednána, a stanovené pojistitelem podle pojistné matematických zásad.
4. Pojistitel odečte z podílového účtu část podílů vytvořených na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného částku ve výši odpovídající správnému poplatku na administrativní náklady pojistitele spojené se změnami pojištění, které byly provedeny na základě písemné žádosti pojistníka. Výše poplatku je stanovena pojistitelem.
5. Pokud počet podílů na podílovém účtu vytvořených na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného nepostačuje k pokrytí poplatků specifikovaných v odst. 2 a 3, pokud nebylo pojištění převedeno na pojištění bez placení pojistného podle článků 16, resp. 14 a pokud pojistitel neukončil garanci pojistné částky, bude odpovídající počet podílů odečten z podílového účtu a vzniklý záporný počet podílů bude převeden do dalšího měsíce.
6. Počet podílů potřebný k pokrytí poplatků stanovených v odst. 2 a 3 je určen na základě cen podílů platné v době odpočtu podílů na pokrytí poplatků. Jsou-li podíly připsané na podílovém účtu umístěny ve více než v jednom programu investování, odečtou se podíly jednotlivých programů investování ve stejném poměru jako je poměr hodnot podílů těchto programů investování připsaných na podílovém účtu a vytvořených na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného.

ZMĚNY POJIŠTĚNÍ

Článek 14 Neplacení pojistného

1. Pokud pojistitel neobdrží běžné pojistné za první pojistný období do data jeho splatnosti, pojištění zůstává v platnosti beze změn po dobu nejvýše tří měsíců. V tomto období jsou z podílového účtu nadále odečítány podíly na pokrytí poplatků specifikovaných v článku 13, odst. 2 a 3. Po uplynutí tohoto období pojištění zaniká bez náhrady. Bylo-li v době trvání pojištění zaplacení mimořádné pojistné, vyplatí pojistitel při zániku pojištění hodnotu podílů připsaných v době zániku pojištění na podílovém účtu a vytvořených na základě zaplacení mimořádného pojistného sníženou o stornovací poplatek specifikovaný v článku 15, odst. 4.
2. Pokud pojistitel neobdrží běžné pojistného (resp. běžné pojistné navýšené podle článku 9) za druhé či další pojistná období do data jeho splatnosti, pojištění zůstává v platnosti beze změn po dobu nejvýše šesti měsíců. V tomto období jsou z podílového účtu nadále odečítány podíly na pokrytí poplatků specifikovaných v článku 13, odst. 2 a 3. Pokud na konci tohoto období dosahuje hodnota podílů připsaných na podílovém účtu a vytvořených na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného částky stanovené pojistitelem, je pojištění automaticky převedeno na pojištění bez placení pojistného s pojistnou částkou sníženou na nulu. Pokud na konci tohoto období hodnota podílů připsaných na podílovém účtu a vytvořených na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného nedosahuje částky stanovené pojistitelem, pojištění zaniká a pojistitel vyplatí pojistníkovi odbytné, pokud na jeho výplatu vznikl pojistníkovi nárok podle čl. 15.

Článek 15 Zánik pojištění s výplatou odbytného, resp. dožití

1. Při zániku pojištění s výjimkou zániku spojeného s pojistnou událostí dle čl. 3-6 těchto pojistných podmínek a zániku dle odst. 5 tohoto článku, vyplatí pojistitel odbytné. Pro určení hodnoty odbytného se rozlišují podíly připsané na podílovém účtu na základě zaplacení běžného pojistného, dodatečného běžného pojistného a mimořádného pojistného. Celková výše odbytného se pak určí jako součet částek odbytného stanovených dle odst. 2, 3 a 4.
2. Za předpokladu, že běžné pojistné za první pojistný rok bylo plně uhrazeno, má počínaje dnem následujícím po prvním výročí pojistník právo při zániku pojištění na výplatu odbytného ve výši hodnoty podílů připsaných na podílovém účtu na základě zaplacení běžného pojistného, snížené o stornovací poplatek. Hodnota těchto podílů je určena ke dni zániku pojištění.
3. Za předpokladu, že běžné a dodatečné běžné pojistné za první pojistný rok následující po navýšení běžného pojistného podle článku 9 bylo plně uhrazeno, má počínaje dalším pojistným rokem pojistník právo při zániku pojištění na výplatu odbytného ve výši hodnoty podílů připsaných na podílovém účtu na základě zaplacení dodatečného běžného pojistného. Hodnota těchto podílů je určena ke dni zániku pojištění.
4. Při zániku pojištění má pojistník právo na výplatu odbytného ve výši hodnoty podílů připsaných na podílovém účtu na základě zaplacení mimořádného pojistného. V případě, kdy je toto odbytné vyplaceno v prvních pěti letech od data zaplacení mimořádného pojistného, je pojistitel oprávněn účtovat stornovací poplatek pro každé zaplacené mimořádné pojistné. Stornovací poplatek je stanoven na základě počtu započatých let od data zaplacení mimořádného pojistného podle tabulky uvedené v sazebníku.
5. Zanikne-li pojištění, nejdříve však po uplynutí pěti let od počátku pojištění, výpovědí dle čl. 8 odst. 2 všeobecných pojistných podmínek a je-li pojištěný shodný s pojistníkem, vyplatí mu pojistitel pojistné plnění - tzv. dožití, a to ve výši hodnoty odbytného určeného dle zásad uvedených v odst. 1, 3 a 4 tohoto článku. Pokud pojištěný není shodný s pojistníkem, vyplatí pojistitel v tomto případě dožití pojištěnému pouze na základě písemného souhlasu pojistníka. Je-li pojištění sjednáno jako pojištění dvojice vyplatí pojistitel dožití oběma pojištěným rovným dílem.

Článek 16 Pojištění bez placení pojistného

1. Počínaje druhým pojistným rokem je pojistník oprávněn převést pojištění na pojištění bez placení pojistného, a to za předpokladu, že běžné pojistné za první pojistný rok bylo plně uhrazeno a v době převodu pojištění dosáhne hodnota podílů připsaných na podílovém účtu a vytvořených na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného částky stanovené pojistitelem. Převod pojištění bude proveden v souladu s předpisy pojistitele platnými v době převodu.
2. Pojistná částka pro sjednaná pojistná plnění (kromě pojistného plnění pro případ trvalé plné invalidity následkem úrazu) je v takovém případě snížena na nulu. Pojistník má možnost při převodu pojištění na pojištění bez placení pojistného požádat o zachování původní pojistné částky, popřípadě ji snížit v souladu s předpisy pojistitele platnými v době převodu.
3. V případě snížení pojistné částky na nulu všechny poplatky specifikované v článku 13, s výjimkou správního poplatku a poplatků za změny, budou zrušeny. Správní poplatek na úhradu administrativních nákladů je nadále hrazen odečítáním podílů z podílového účtu, je však snížen na hodnotu určenou pojistitelem.
4. Pojištění bude nadále pokračovat jen do doby, dokud budou podíly připsané na podílovém účtu a vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného postačovat k pokrytí všech poplatků spojených s pojištěním.
5. V okamžiku, kdy podíly připsané na podílovém účtu a vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného přestanou postačovat k pokrytí poplatků, zaniká pojištění bez náhrady. Pokud jsou na podílovém účtu připsány podíly vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného, vyplatí pojistitel při zániku pojištění jejich hodnotu v době zániku pojištění sníženou o stornovací poplatek specifikovaný v článku 15, odst. 4.

Článek 17 Přerušeni plateb, tzv. platební prázdniny

1. Počínaje třetím pojistným rokem je pojištěný oprávněn kdykoliv v době trvání pojištění písemně požádat pojistitele o dočasné přerušeni plateb, a to za předpokladu, že běžné a dodatečné běžné pojistné bylo do data žádosti plně uhrazeno.
2. Dočasné přerušeni plateb může být provedeno maximálně na 12 měsíců a maximálně třikrát za dobu trvání pojištění a pouze za předpokladu, že hodnota pojištění dosahuje minimálně výše stanovené pojistitelem. Období mezi dvěma přerušeni t.j. mezi ukončením předchozího a počátkem následujícího přerušeni plateb, musí být minimálně 12 měsíců, a běžné a dodatečné běžné pojistné za tuto dobu musí být plně uhrazeno. Nejsou-li tyto podmínky splněny, je pojistitel oprávněn žádost pojištěného o přerušeni plateb odmítnout.
3. Přerušeni plateb nabývá platnosti od následujícího data splatnosti pojistného následujícího po doručení písemné žádosti pojištěného, není-li tato pojistitelem odmítnuta.
4. Během přerušeni plateb není dotčena garance pojistné částky dle čl. 8.
5. Během přerušeni plateb není dotčeno právo pojištěného zaplatit mimořádné pojistné dle článku 10.
6. Během přerušeni placení náleží pojistiteli poplatky a rizikové pojistné dle čl. 13.

Článek 18 Výplata hodnoty části podílů

1. Za předpokladu, že běžné pojistné za první pojistný rok bylo plně uhrazeno, je počínaje druhým pojistným rokem pojistník oprávněn požádat o výplatu hodnoty části podílů připsaných na podílovém účtu a vytvořených na základě zaplacení běžného pojistného. Počínaje druhým pojistným rokem následujícím po navýšení běžného pojistného podle článku 9 je pojistník oprávněn požádat o výplatu hodnoty části podílů připsaných na podílovém účtu a vytvořených na základě zaplacení příslušného dodatečného běžného pojistného. Pojistitel stanoví minimální částku, která může být takto vyplacena, a zároveň minimální částku, která musí zůstat na podílovém účtu připsána. Výplata hodnoty podílů bude provedena v souladu s předpisy pojistitele platnými v době výplaty.
2. Pokud se při výplatě zvýší riziko pojistitele spojené s pojištěním, je pojistitel oprávněn při takové výplatě snížit pojistnou částku o částku nepřesahující hodnotu výplaty.
3. Pokud jsou na podílovém účtu připsány podíly vytvořené zaplacením mimořádného pojistného, je pojistník oprávněn kdykoliv požádat o výplatu hodnoty těchto podílů nebo jejich částí. Pojistitel je oprávněn určit minimální hodnotu takové výplaty a je zároveň oprávněn účtovat stornovací poplatek specifikovaný v článku 15, odst. 4.
4. Pojistitel je oprávněn účtovat poplatek pokrývající náklady spojené s provedením takové výplaty.
5. Výplata hodnoty části podílů bude provedena za použití ceny podílů platné v době výplaty.

Článek 19 Pravidelné výplaty

1. Pokud bylo pojištění převedeno na pojištění bez placení pojistného s pojistnou částkou sníženou na nulu podle článku 16, odst. 3, je pojistník oprávněn požádat o zahájení pravidelných výplat hodnoty části podílů vytvořených na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného. Pojistitel stanoví minimální výši těchto výplat.
2. Pravidelné výplaty lze provádět v měsíční, čtvrtletní, pololetní nebo roční frekvenci, a to v souladu s předpisy pojistitele.

- Pojistitel je oprávněn účtovat poplatek pokrývající náklady spojené se zahájením výplat a jejich prováděním.
- Pokud jsou na podílovém účtu připsány podíly vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného, je pojištník oprávněn kdykoliv požádat o zahájení pravidelných výplat hodnoty těchto podílů. Pojistitel je oprávněn účtovat stornovací poplatek specifikovaný v článku 15, odst. 4.
- Pravidelné výplaty hodnoty podílů budou prováděny za použití prodejní ceny podílů platné v době výplaty.

Článek 20 Převod podílů programů investování

- Pojištník je oprávněn převádět podíly připsané na podílovém účtu mezi jednotlivými standardními programy investování. Na žádost pojištníka pojistitel zruší podíly zvolených standardních programů investování připsané na podílovém účtu (nebo jejich část) a nahradí je podíly jiných standardních programů investování tak, aby hodnota nově vytvořených podílů odpovídala hodnotě zrušených podílů. Pojistitel stanoví minimální hodnotu takto převáděných podílů.
- Za první převod podílů v každém pojistném roce nebude pojistitel účtovat žádný poplatek. Za další převody podílů v témž pojistném roce je pojistitel oprávněn účtovat poplatek na pokrytí nákladů spojených s převodem.
- Převody podílů budou provedeny za použití ceny podílů jednotlivých standardních programů investování platné v době převodu.
- Pojistitel je oprávněn stanovit minimální hodnotu podílů, která může být ponechána v jednotlivých standardních programech investování po převodu.

Článek 21 Změna alokace pojistného

- Pojištník je oprávněn změnit standardní program investování, do kterého se alokuje běžné a dodatečné běžné pojistné, či změnit poměr, ve kterém se běžné a dodatečné běžné pojistné alokuje do jednotlivých standardních programů investování. Tato změna je možná, pouze pokud jsou uhrazeny všechny předepsané splátky běžného a dodatečného běžného pojistného.
- Za první změnu alokace v každém pojistném roce nebude pojistitel účtovat žádný poplatek. Za další změny alokace v témž pojistném roce je pojistitel oprávněn účtovat poplatek na pokrytí administrativních nákladů spojených s touto změnou.
- Změna alokace nebude platnost od data splatnosti splátky běžného pojistného bezprostředně následující po schválení změny pojistitelem.
- Pojistitel stanoví minimální a maximální část pojistného, která může být alokována do jednotlivých standardních programů investování.

Článek 22 Zaokrouhlování

- Splátky pojistného a pojistná částka jsou vyjádřeny v celých Kč.
- Při výplatě pojistného plnění, jakož i při výplatě hodnoty podílů podle článků 18 a 19 a jiných výplatách spojených s pojištěním, bude vyplacená částka zaokrouhlena na celé Kč, a to nahoru nebo dolů.

Článek 23 Daně

- Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění a jiné výplaty spojené s pojištěním o částku, která je opodstatněná zdaněním a jinými zákonnými srážkami, které mohou být požadovány jakoukoli právní úpravou, nařízením či zákonem.

STANDARDNÍ PROGRAMY INVESTOVÁNÍ

Článek 24 Standardní programy investování

- Každý standardní program investování je vztažen k odděleným a identifikovatelným aktivům pojistitele.
- Pojištník si může zvolit z řady standardních programů investování odlišujících se typem aktiv, ke kterým jsou vztaženy, a tím i výnosností a mírou rizika.
- Pojistitel si vyhrazuje právo uzavřít kdykoliv vstup do standardního programu investování pro účely specifikované v článcích 9, 10, 20 a 21.
- Jakékoliv výnosy a zhodnocení aktiv, ke kterým je standardní program investování vztažen, budou připsány k těmto aktivům. Tato částka, po odečtení případného zdanění, zvýší hodnotu všech podílů standardního programu investování.
- Podíly standardního programu investování mohou být vytvořeny pouze tehdy, pokud jsou do portfolia aktiv, k nimž je vztažen standardní program investování, přidána aktiva, jejichž hodnota je rovna hodnotě vytvářených podílů.
- S výjimkou článku 26, odst. 3, 4 a 5 mohou být z portfolia aktiv, k nimž je vztažen standardní program investování, odebrána aktiva pouze tehdy, pokud jsou v standardním programu investování zrušeny podíly, jejichž hodnota odpovídá hodnotě odebíraných aktiv.
- Vzhledem k charakteru standardních programů investování není cena jejich podílů pojistitelem garantována.

Článek 25 Omezení zájmu ve standardních programech investování

- Připisování podílů jednotlivých standardních programů investování na podílový účet je pouze pomyslné a slouží výhradně ke stanovení výše pojistného plnění a jiných požitků plynoucích z pojištění.
- Aktiva, k nimž jsou jednotlivé standardní programy investování vztaženy, a výnosy plynoucí z těchto aktiv jsou vlastnictvím pojistitele a zůstávají jím po celou dobu trvání pojištění. Pojištění proto nezakládá žádný nárok na žádná aktiva pojistitele, ani na žádné výnosy z těchto aktiv plynoucí.

Článek 26 Oceňování standardních programů investování

- Aktiva, k nimž jsou jednotlivé standardní programy investování vztaženy, budou oceňována v četnosti stanovené pojistitelem, minimálně však jednou za měsíc.
- Minimální hodnota standardního programu investování je stanovována pojistitelem, a to na základě tržní hodnoty, za kterou mohou být prodána aktiva, k nimž je standardní program investování vztažen, snížené o náklady vynaložené na jejich realizaci, snížené o odpocety na pokrytí nákladů, správních poplatků a daňových a jiných srážek souvisejících se standardním programem investování, které jsou skutečným či potenciálním závazkem těchto aktiv, a o výpůjčky spojené se standardním programem investování.
- Pojistitel je oprávněn odečíst od aktiv, k nimž je standardní program investování vztažen, všechny náklady, srážky a jiné poplatky přímo spojené s provozem standardního programu investování, včetně výdajů na pořízení, prodej, oceňování a správu těchto aktiv.
- Pojistitel je oprávněn odečíst od aktiv, k nimž je standardní program investování vztažen, všechny daňové srážky spojené s těmito aktivy a jiné srážky spojené se standardním programem investování, které pojistitel uzná skutečným nebo potenciálním závazkem těchto aktiv a o výnos z výpůjček v souvislosti se standardním programem investování.
- Pojistitel je oprávněn odečíst od aktiv, k nimž je standardní program investování vztažen, správní poplatek, jehož výše nepřesáhne 2% ročně z hodnoty těchto aktiv. Tento poplatek je odečítán po částech, a to při každém oceňování.
- Pojistitel provede všechna rozhodnutí týkající se oceňování aktiv, k nimž je standardní program investování vztažen, a stanoví správce portfolia odpovědného za správu těchto aktiv.
- Alternativně k poplatku popsanému v odst. 5 tohoto článku může pojistitel pro každou pojistnou smlouvu správní poplatek za každý standardní program investování odečíst formou zrušení části podílů vytvořených na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného z podílového účtu. Hodnota takto odečítaných podílů odpovídá pro každou pojistnou smlouvu příslušné poměrné části poplatku stanovenému za každý standardní program investování dle odst. 5 tohoto článku, a to za dobu, která uplynula od posledního oceňování aktiv, k nimž je každý jeden standardní program investování vztažen.
- Pojistitel je oprávněn odečíst vždy jen jeden poplatek za správu standardního programu investování, a to buď způsobem stanoveným v odst. 5, nebo způsobem stanoveným v odst. 7 tohoto článku.

Článek 27 Stanovení cen podílů standardních programů investování

- Cena podílů jednotlivých standardních programů investování je stanovována pojistitelem každý oceňovací den.
- Cena podílů standardního programu investování je stanovena tak, aby nebyla nižší než minimální hodnota standardního programu investování vydělená celkovým počtem podílů standardního programu investování. Výsledek je zaokrouhlen dolů, a to nejvýše o jedno procento.