

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO INVESTIČNÍ ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ



MAXIMAL

ČSOB Pojišťovna, a. s., člen holdingu ČSOB
Pardubice, Zelené předměstí
Masarykovo náměstí čp. 1458, PSČ 532 18
IČ: 45534306 DIČ: 248-45534306

zaspaná v OR u KS Hradec Králové, oddíl B, vložka 567
(jako pojistitel)

Článek 1 Úvodní ustanovení

- Investiční životní pojištění MAXIMAL (dále jen „pojištění“) se řídí těmito zvláštními pojistnými podmínkami ze dne 1. 2. 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 uvedenými 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 pro případ smrti nebo dožití. V pojistné smlouvě lze dále sjednat:
 - pojištění pro případ smrti,
 - pojištění pro případ vážné choroby,
 - pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci,
 - pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu.
- Pojištění dle odst. 2 písm. d) tohoto článku může být v pojistné smlouvě sjednáno pouze za předpokladu, že je v pojistné smlouvě sjednáno minimálně jedno z pojištění dle odst. 2 písm. a) - c) tohoto článku.
- Pojistná smlouva a veškerá pojištění v ní sjednaná končí, není-li dále v těchto ZPP uvedeno jinak nebo nezaniknou-li v souladu s VPP, ZPP nebo občanským zákoníkem dříve, v den předcházející výročnímu dni počátku pojištění po 5 letech trvání pojištění.

Článek 2 Výklad pojmů

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

Program investování: Interní program investování ustanovený pro účely tohoto pojištění v souladu s ustanoveními článků 23 - 26 těchto ZPP v případě standardního programu investování, resp. příslušnými ustanoveními pojistných podmínek, které pojistitel vydá 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 připsují podíly jednotlivých programů investování vytvořené na základě zaplacení běžného, dodatečného běžného a mimořádného pojistného.

Cena podílu: Cena stanovená pojistitelem, která se používá pro vytváření a rušení podílů jednotlivých programů investování v daný den.

Hodnota podílů vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného: Počet podílů připsaných na podílovém účtu a vytvořených na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného vynásobený příslušnou cenou podílů.

Hodnota podílů vytvořená na základě zaplacení mimořádného pojistného: Počet podílů připsaných na podílovém účtu a vytvořených na základě zaplacení mimořádného pojistného vynásobený příslušnou cenou podílů.

Hodnota podílů: Celková hodnota podílů připsaných na podílovém účtu, která je součtem hodnoty podílů vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného a hodnoty podílů vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného.

Hodnota pojištění: Hodnota všech podílů připsaných na podílovém účtu.

Pojistný rok: Rok začínající v den počátku pojištění nebo ve výroční den počátku pojištění.

Oceňovací den: Den, kdy jsou oceňována aktiva, k nimž jsou vztaženy jednotlivé standardní programy investování, a stanoveny ceny těchto programů investování.

Dodatečné běžné pojistné: Pojistné, o které bylo běžné pojistné navýšeno při změně pojištění.

Úraz: Tělesné poškození nebo smrt, které byly pojištěnému způsobeny neočekávaným a náhlým působením zevních sil, anebo neočekávaným a nepřerušitelným 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).

POJISTNÉ PLNĚNÍ

Článek 3 Pojistné plnění – společná ujednání

- Pojistné plnění z pojištění vyplácí pojistitel v souladu s články 4 - 8 těchto ZPP a v závislosti na tom, které druhy pojištění byly sjednány v pojistné smlouvě.
- Pojistné plnění z pojistných událostí dle článků 6 - 8 těchto ZPP, bylo-li v pojistné smlouvě příslušné pojištění sjednáno, vyplácí pojistitel pouze tehdy, nastane-li pojistná událost nejpozději v den předcházející výročnímu dni počátku pojištění v roce, v němž pojištěný dosáhne 60 let věku.
- Pojistné plnění z pojištění vyplácí pojistitel pouze jednou, a to za tu nastalou pojistnou událost dle článků 4 - 8 těchto ZPP, která je oznámena jako první, touto pojistnou událostí zanikají všechna pojištění, která byla v pojistné smlouvě sjednána. Bylo-li oznámeno několik pojistných událostí současně, poskytne pojistitel pojistné plnění za tu pojistnou událost, která nastala jako první.

Článek 4 Pojistné plnění pro případ dožití

- Dožije-li se pojištěný sjednaného konce pojištění a požádá-li pojistitele o výplatu pojistného plnění, vyplatí mu pojistitel pojistné plnění ve výši hodnoty podílů vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného k datu konce pojištění snížené o poplatek stanovený v sazebníku.
- Jsou-li na podílovém účtu připsány podíly vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného, vyplatí pojistitel navíc k pojistnému plnění určenému podle odst. 1 tohoto článku i hodnotu podílů vytvořenou na základě zaplacení mimořádného pojistného, komu smrtí pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě k datu úmrtí pojištěného nebo hodnotu podílů vytvořenou na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem, je-li tato vyšší než pojistná částka sjednaná k datu úmrtí.
- Jsou-li na podílovém účtu připsány podíly vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného, vyplatí pojistitel navíc k pojistnému plnění určenému podle odst. 1 nebo 2 tohoto článku i hodnotu podílů vytvořenou na základě zaplacení mimořádného pojistného k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem.

Článek 5 Pojistné plnění pro případ smrti

- Ustanovení tohoto odst. platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě není k datu úmrtí pojištěného sjednáno pojištění pro případ smrti dle článku 1 odst. 2 písm. a) těchto ZPP. Zemře-li pojištěný v době trvání pojištění, pojistitel vyplatí tomu, komu smrtí pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, hodnotu podílů vytvořenou na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem.
- Ustanovení tohoto odst. platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je k datu úmrtí pojištěného sjednáno pojištění pro případ smrti dle článku 1 odst. 2 písm. a) těchto ZPP. Zemře-li pojištěný v době trvání pojištění, pojistitel vyplatí tomu, komu smrtí pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě k datu úmrtí pojištěného nebo hodnotu podílů vytvořenou na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem, je-li tato vyšší než pojistná částka sjednaná k datu úmrtí.
- Jsou-li na podílovém účtu připsány podíly vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného, vyplatí pojistitel navíc k pojistnému plnění určenému podle odst. 1 nebo 2 tohoto článku i hodnotu podílů vytvořenou na základě zaplacení mimořádného pojistného k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem.

Článek 6 Pojistné plnění pro případ vážné choroby

- Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že je v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ vážné choroby.
- V případě, že u pojištěného je v době trvání pojištění pro případ vážné choroby, nejdříve však po uplynutí prvních šesti kalendářních měsíců od počátku pojištění pro případ vážné choroby, stanovena diagnóza vážné choroby, která splňuje podmínky pojistné události dle odst. 4 tohoto článku, vyplatí pojistitel pojištěnému pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě k datu stanovení diagnózy nebo hodnotu podílů vytvořenou na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem, je-li tato vyšší než pojistná částka sjednaná k datu stanovení diagnózy.
- Jsou-li na podílovém účtu připsány podíly vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného, vyplatí pojistitel navíc k pojistnému plnění určenému podle odst. 2 tohoto článku i hodnotu podílů vytvořenou na základě zaplacení mimořádného pojistného k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem.
- Pojistná událost je pro účely vymezení pojistného plnění v případě vážné choroby definována následovně:
 - Pojistná událost nastane, je-li u pojištěného písemnou lékařskou zprávou specifikovanou v odst. 5 tohoto článku potvrzeno:
 - první stanovení diagnózy některého z onemocnění uvedených v odst. 5 písm. a) až e), písm. h) až j) tohoto článku, nebo

- b) první zařazení na čekací listinu pro orgánovou transplantaci podle odst. 5 písm. f) tohoto článku, nebo
- c) první podstoupení chirurgického zákroku uvedeného v odst. 5 písm. g) tohoto článku pojištěným (dále jen „vážná choroba“) za podmínky, že onemocněl dle písm. a) tohoto odst. nebo onemocněl, 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. 4.2 tohoto článku.
- 4.2. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 5 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. 5 písm. b) tohoto článku je nezbytné, aby neurologický nález 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. 5 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. 5 písm. e) tohoto článku je nezbytná dialyzační léčba pojištěného trvajících alespoň tři po sobě následující kalendářní měsíce. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 5 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. 5 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. 5 písm. h) tohoto článku je nezbytné oftalmologické lékařské vyšetření pojištěného provedené nejdříve po třech kalendářních měsících ode dne stanovení diagnózy a potvrzující její trvalost.
- 4.3. Splnění podmínky uplynutí šesti kalendářních měsíců od počátku pojištění pro případ vážné choroby podle odst. 2 a 4.1 tohoto článku se nevyžaduje, došlo-li k vážné chorobě výlučně v důsledku úrazu, vzniklého nejdříve v den počátku pojištění pro případ vážné choroby a splňujícího definici úrazu.
5. Pro účely sjednání pojištění pro případ vážné choroby a v souladu se zněním výše uvedených ustanovení tohoto článku se za vážnou chorobu při splnění níže uvedených podmínek považuje:
- a) infarkt myokardu
Infarktem myokardu se rozumí diagnóza akutního infarktu myokardu, potvrzená propouštěcí zprávou z kardiologického či interního oddělení a obsahující nálezy akinezy nebo dyskinezy při echokardiografickém vyšetření a zároveň splňující alespoň jednu z následujících tří podmínek:
1. vývoj patologického Q kmitu minimálně ve dvou EKG svodech ($Q \geq 0,04$ s nebo $Q > 0,25\%$ amplitudy kmitu R),
2. nespecifické EKG známky infarktu myokardu s charakteristickou dynamikou biochemických markerů, tj. CK-MB a troponinu,
3. typická anamnéza pro infarkt myokardu s charakteristickou dynamikou biochemických markerů, tj. CK-MB a troponinu.
Pojistná ochrana se vztahuje i na případy, kdy nejsou splněny výše uvedené podmínky, pokud je diagnóza akutního infarktu myokardu potvrzena propouštěcí zprávou z kardiologického či interního oddělení, pojištěný byl léčen nemocniční intravenózní trombolýzou nebo akutní PTCA (primární koronární angioplastika) a splnil indikační kritéria pro tuto léčbu.
Pojištěný je povinen poskytl předložit vyplněný tiskopis „Oznámení pojistné události - potvrzení vážné choroby“, 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 ischemii, nebo intracerebrálnímu či subarachnoidálnímu krvácení.
Pojištěný je povinen poskytl předložit vyplněný tiskopis „Oznámení pojistné události - potvrzení vážné choroby“, 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 premalignivní či pouze počínající nebo nerozvinuté maligní změny, nádory popsané jako „in situ“ a nádorová onemocnění při současném přítomnosti infekce virem HIV.
Diagnóza musí být stanovena odborným lékařem specializovaného zdravotnického zařízení, a to na základě histologického, nebo jiného odpovídajícího vyšetření svědčícího pro zhoubné postupující onemocnění a jeho zařazení podle mezinárodní klasifikace nádorů TNM, resp. operačního protokolu, pokud byl proveden chirurgický zákrok.
Pojištěný je povinen poskytl předložit vyplněný tiskopis „Oznámení pojistné události - potvrzení vážné choroby“, 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 je povinen poskytl předložit vyplněný tiskopis „Oznámení pojistné události - potvrzení vážné choroby“, jehož součástí je lékařské potvrzení o provedení neurochirurgického zákroku, nebo lékařské potvrzení o trvalém neurologickém poškození přímo souvisejícím s neoperabilním nezhoubným nádorem. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení, které léčbu pojištěného provádí.
- e) chronické selhání ledvin
Chronickým selháním ledvin se rozumí nezvratné selhání funkce obou ledvin či ledviny solitární, vyžadující trvalé a pravidelné dialyzační léčení pojištěného hemodialýzou nebo peritoneální dialýzou.
Pojištěný je povinen poskytl předložit vyplněný tiskopis „Oznámení pojistné události - potvrzení vážné choroby“, jehož součástí je lékařské potvrzení o pravidelné dialyzační léčbě trvajících 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, ledvin, slinivky břišní nebo krevtvořných buněk, při níž bude pojištěný příjemcem transplantátu. Na transplantace ostatních orgánů či jejich částí se pojistná ochrana nevztahuje.
Pojištěný je povinen poskytl předložit vyplněný tiskopis „Oznámení pojistné události - potvrzení vážné choroby“, 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
Operaci 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 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 poskytl předložit vyplněný tiskopis „Oznámení pojistné události - potvrzení vážné choroby“, 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 je povinen poskytl předložit vyplněný tiskopis „Oznámení pojistné události - potvrzení vážné choroby“, jehož součástí je oftalmologické lékařské vyšetření vystavené odborným lékařem nejdříve po třech kalendářních měsících od stanovení diagnózy slepoty u pojištěného a potvrzující její trvalost.
- i) hluchota
Hluchotou se rozumí úplná a klinicky ověřená nezvratná ztráta sluchového vjemu obou uší, způsobená akutním nebo chronickým onemocněním.
Pojištěný je povinen poskytl předložit vyplněný tiskopis „Oznámení pojistné události - potvrzení vážné choroby“, 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
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 poskytl předložit vyplněný tiskopis „Oznámení pojistné události - potvrzení vážné choroby“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze HIV/AIDS a lékařské potvrzení dokládající, že příčinou infekce virem HIV nebo onemocněním 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.
6. Kromě povinností uvedených v odst. 5 tohoto článku je pojištěný dále povinen:
- a) písemně oznámit poskytl předložit vyplněný tiskopis vznik pojistné události, a to bez zbytečného odkladu,

- b) 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,
 - c) dodržovat veškeré pokyny lékaře vztahující se k léčbě vážné choroby, k léčebnému režimu a vyloučit veškerá jednání, která mohou nepříznivě ovlivnit stav nebo vývoj vážné choroby,
 - d) vyžaduje-li to pojistitel, podrobit se na náklady pojistitele kontrolnímu vyšetření zdravotního stavu u lékaře, kterého pojistitel určí, a v jím určeném termínu,
 - e) dodat pojistiteli všechny doklady, zprávy a posudky, které si pojistitel při pojistné události i kdykoliv v době trvání pojištění vyžádá, a to bez zbytečného odkladu,
 - f) umožnit pojistiteli získávat a zpracovávat veškerou zdravotní dokumentaci o své osobě, popř. tuto zdravotní dokumentaci pro pojistitele na jeho vyžádání zajišťovat, a zprostředkovat veškerý lékařský, kteří pojištěného léčili nebo vyšetřovali, a to i z jiných důvodů, než je pojistná událost, a zplnomocnit je k podání všech nutných informací pojistiteli,
 - g) zplnomocnit svou zdravotní pojišťovnu k poskytnutí všech informací, které si pojistitel vyžádá.
7. V souladu s ustanovením článku 14 odst. 12 VPP se pro pojištění pro případ vážné choroby ujednávají následující výluky a omezení pojistného plnění:
- 7.1. Pojistné plnění pro případ vážné choroby se vztahuje na pojistné události vymezené pojistnou smlouvou, které nastanou kdekoli, s výjimkou pojistných událostí uvedených v odst. 5 písm. f), g) a j) tohoto článku, které musí nastat na území České republiky.
 - 7.2. Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění v případech, kdy k pojistné události dojde v přímé souvislosti s:
 - a) úmyslným jednáním pojištěného směřujícím k vyvolání vážné choroby, k jejím zhoršením nebo sebepoškození,
 - b) zneužitím léků pojištěným nebo užíváním léků pojištěným bez lékařského doporučení nebo v rozporu s lékařským doporučením či úmyslným nerespektováním rad a doporučení lékaře pojištěným.
 - 7.3. Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění v případech, kdy k pojistné události dojde v přímé souvislosti s:
 - a) působením ionizačního záření nebo účinků jaderné energie na pojištěného, s výjimkou případů, kdy je tomuto riziku vystaven lékař nebo zdravotnický personál při výkonu povolání nebo pojištěný v rámci léčebného procesu pod lékařským dohledem,
 - b) pracovní činností pojištěného, během níž přichází do kontaktu s azbestem,
 - c) infekcí virem HIV či onemocněním AIDS, s výjimkou případů přenosu infekce viru HIV v důsledku provedení krevní transfúze podle odst. 5 písm. j) tohoto článku,
 - d) výskytem následujících diagnóz v rodinné anamnéze pojištěného: polycystické ledviny, Alportův syndrom, Huntingtonova chorea, Marfanův syndrom, Gardnerův syndrom, Lynchův syndrom, tři a více případů Diabetes mellitus I. typu vyskytujících se u přímých příbuzných.
 - 7.4. Mělo-li vědomé porušení povinností uvedených v odst. 5 a v odst. 6 písm. c) až g) tohoto článku podstatný vliv na vznik pojistné události nebo na zvětšení rozsahu následků pojistné události, nebo bylo znmožněno šetření nutné ke zjištění rozsahu povinností pojistitele plnit, je pojistitel oprávněn pojištěnému snížit pojistné plnění podle toho, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinností plnit.
8. Nastane-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 4 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. 7.2 tohoto článku, pojištění sjednaná v pojistné smlouvě, s výjimkou základního pojištění pro případ smrti nebo dožití, touto pojistnou událostí zanikají.
9. Nastane-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 4 tohoto článku a neposkytne-li za ni pojistitel pojistné plnění v souladu s ustanovením odst. 7.3 tohoto článku, pojištění pro případ vážné choroby pokračuje beze změn.
10. Pojištění pro případ vážné choroby zaniká nejpozději v den předcházející výročnímu dni počátku pojištění v roce, v němž se pojištěný dožije 60 let věku.

Článek 7 Pojistné plnění pro případ plné invalidity následkem nemoci

1. Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že je v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci.
2. Stane-li se pojištěný v době trvání pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci, nejdříve však po dvou letech od jeho počátku, plně invalidním ve smyslu platných právních předpisů o sociálním zabezpečení, a to následkem nemoci vzniklé nejdříve v den počátku pojištění, vyplatí pojistitel pojištěnému pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě k datu stanovení diagnózy nemoci, v jejímž důsledku plná invalidita nastala, nebo hodnotu podílů vytvořenou na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem, je-li tato vyšší než pojistná částka sjednaná k datu stanovení diagnózy nemoci, v jejímž důsledku plná invalidita nastala. Nastala-li plná invalidita v důsledku několika nemocí, je za pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě k datu stanovení diagnózy nemoci považována pojistná částka sjednaná k datu stanovení diagnózy první z těchto nemocí.
3. Jsou-li na podílovém účtu připsány podíly vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného, vyplatí pojistitel navíc k pojistnému plnění určenému podle odst. 2 tohoto článku i hodnotu podílů vytvořenou na základě zaplacení mimořádného pojistného k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem.
4. Pojištěný prokáže plnou invaliditu pojistiteli pravomocným rozhodnutím o přiznání plné invalidity od příslušné správy sociálního zabezpečení.
5. Ujednává se, že datem vzniku pojistné události je datum uvedené v rozhodnutí o přiznání plné invalidity vydaném příslušnou správou sociálního zabezpečení dle odst. 4 tohoto článku. Pro vznik nároku na pojistné plnění posuzuje pojistitel, a to v souladu s odst. 2 tohoto článku, pojistnou událost jako celek tj. včetně příčiny (nemoci), v jejímž důsledku plná invalidita nastala.
6. 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 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) infekce virem HIV či onemocněním AIDS, s výjimkou případů přenosu infekce viru HIV v důsledku provedení krevní transfúze ve smyslu článku 6 odst. 5 písm. j) těchto ZPP,
 - c) nemoci, která vznikla v důsledku úrazu,
 - d) nemoci z povolání nebo nemoci, která vznikla v souvislosti s provozováním profesionální sportovní činnosti,
 - e) vrozených vad a nemocí.
7. 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 i v případech, kdy pojištěnému byla v období 5 let před počátkem pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci přiznána plná nebo částečná invalidita.
8. Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci, porušil-li pojištěný některou z povinností dle odst. 9 tohoto článku.
9. Pojištěný je povinen bez zbytečného odkladu po obdržení rozhodnutí o přiznání plné invalidity od příslušné správy sociálního zabezpečení oznámit tuto skutečnost pojistiteli. Pojištěný je dále povinen zmocnit příslušnou správu sociálního zabezpečení k poskytnutí informací pojistiteli.
10. 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. 6 a 7 tohoto článku, pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci zaniká.
11. Pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci zaniká nejpozději v den předcházející výročnímu dni počátku pojištění v roce, v němž se pojištěný dožije 60 let věku.

Článek 8 Pojistné plnění pro případ plné invalidity následkem úrazu

1. Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že je v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu.
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, vyplatí pojistitel pojištěnému pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě k datu úrazu, v jehož důsledku plná invalidita nastala, nebo hodnotu podílů vytvořenou na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem, je-li tato vyšší než pojistná částka sjednaná k datu úrazu, v jehož důsledku plná invalidita nastala. Nastala-li plná invalidita v důsledku několika úrazů, je za pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě k datu úrazu považována pojistná částka sjednaná k datu prvního z těchto úrazů.
3. Jsou-li na podílovém účtu připsány podíly vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného, vyplatí pojistitel navíc k pojistnému plnění určenému podle odst. 2 tohoto článku i hodnotu podílů vytvořenou na základě zaplacení mimořádného pojistného k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem.
4. Pojištěný prokáže plnou invaliditu pojistiteli pravomocným rozhodnutím o přiznání plné invalidity od příslušné správy sociálního zabezpečení.
5. Ujednává se, že datem vzniku pojistné události je datum uvedené v rozhodnutí o přiznání plné invalidity vydaném příslušnou správou sociálního zabezpečení dle odst. 4 tohoto článku. Pro vznik nároku na pojistné plnění posuzuje pojistitel, a to v souladu s odst. 2 tohoto článku, pojistnou událost jako celek tj. včetně příčiny (úrazu), v jejímž důsledku plná invalidita nastala.
6. 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 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 nespňuje definici úrazu dle článku 2 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), bérčovných vředů, diabetických gangrén, nádorů všeho druhu a původu, vzniku a zhoršení aseptických zánětů pochev šlachových, úponů svalových, tíhových váčků a epikondylitid,
 - h) ploténkových a algických páteřních syndromů a výřezů plotének neúrazovým dějem a mikrotraumatem,
 - i) zhoršení již existující nemoci v důsledku úrazu,
 - j) vrozené lomivosti kostí nebo patologických a únavových zlomenin,
 - 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 výbušninami, speleolog, tovární jezdec motorových vozidel nebo plavidel, tovární pilot, pilot ozbrojených složek, učitel bojových sportů, voják u útvarů v zahraničí.
7. 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 úrazu i v případech, kdy pojištěnému byla v období 5 let před počátkem pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu přiznána plná nebo částečná invalidita.
 8. Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu, porušil-li pojištěný některou z povinností dle odst. 9 tohoto článku.
 9. Pojištěný je povinen bez zbytečného odkladu po obdržení rozhodnutí o přiznání plné invalidity od příslušné správy sociálního zabezpečení oznámit tuto skutečnost pojistiteli. Pojištěný je dále povinen zmocnit příslušnou správu sociálního zabezpečení k poskytnutí informací pojistiteli.
 10. 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 ustanoveními odst. 6 a 7 tohoto článku, pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu zaniká.
 11. Pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu zaniká nejpozději v den předcházející výročnímu dni počátku pojištění v roce, v němž se pojištěný dožije 60 let věku.

ZMĚNY POJIŠTĚNÍ

Článek 9 Změny na žádost pojistníka

1. Pojistník je v době trvání pojištění oprávněn písemně požádat o:
 - a) sjednání nebo zrušení pojištění dle článku 1 odst. 2 písm. a) – d),
 - b) snížení nebo zvýšení pojistné částky, a to v rámci limitů stanovených pojistitelem,
 - c) snížení nebo zvýšení pojistného, a to v rámci limitů stanovených pojistitelem.
2. Pojistitel je oprávněn podmínit přijetí žádosti pojistníka o změnu pojištění řádným uhrazením běžného a dodatečného běžného pojistného a prokázáním vyhovujícího zdravotního stavu pojištěného. Pokud pojištění bylo převedeno na pojištění bez placení pojistného podle článků 12 resp. 20 odst. 2 těchto ZPP nebo u pojištění nastalo dočasné přerušení placení pojistného dle článku 13 těchto ZPP, žádost nelze přijmout.
3. Lhůta pro přijetí žádosti pojistníka o změnu pojištění pojistitelem se stanovuje na 3 měsíce od data jejího doručení. Akceptuje-li pojistitel žádost pojistníka o změnu pojištění, zašle pojistníkovi písemně potvrzení o přijetí změny. Ujednává se, že byla-li žádost o změnu pojištění pojistitelem přijata, je změna účinná od prvního dne pojistného období následujícího po pojistném období, v němž pojistitel žádost pojistníka o změnu pojištění přijal. Nepřijme-li pojistitel žádost pojistníka o změnu pojištění, pozbývá tato ve výše dohodnuté lhůtě platnosti.
4. Za provedení každé změny pojištění v souladu s ustanoveními tohoto článku si pojistitel účtuje poplatek, jehož výše je v závislosti na druhu provedené změny stanovena v sazebníku. O tento poplatek je snížena hodnota podílů vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného.

Článek 10 Změny pojistné částky nebo pojistného pojistitelem

1. Pojistitel si vyhrazuje právo snížit pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě nebo zvýšit pojistné nejdříve však k výročnímu dni počátku pojištění v roce, v němž se pojištěný dožije 60 let.
2. Provedl-li pojistitel snížení pojistné částky nebo zvýšení pojistného dle odst. 1 tohoto článku, je oprávněn provést každé případné další snížení pojistné částky nebo zvýšení pojistného nejdříve po 5 letech od předchozího snížení nebo zvýšení.
3. Novou výši pojistné částky nebo novou výši pojistného a datum, od něhož má být nová pojistná částka nebo nová výše pojistného účinná, je pojistitel povinen oznámit pojistníkovi písemně, a to nejméně dva měsíce před datem, k němuž má být snížena pojistná částka nebo zvýšeno pojistné.
4. V případě, že pojistník s nově stanovenou výší pojistné částky nebo pojistného sdělenou mu pojistitelem v souladu s ustanovením odst. 3 tohoto článku nesouhlasí, je povinen svůj nesouhlas písemně sdělit nejpozději do jednoho měsíce před datem snížení pojistné částky nebo zvýšení pojistného.
5. Uplatní-li pojistník písemně svůj nesouhlas s nově stanovenou výší pojistné částky nebo pojistného v souladu s odst. 4 tohoto článku, pojištění pokračuje beze změn.
6. Neuplatní-li pojistník písemně svůj nesouhlas s nově stanovenou výší pojistné částky nebo pojistného v souladu s odst. 4 tohoto článku, snížení pojistné částky nebo zvýšení pojistného je od uvedeného data účinné.

Článek 11 Indexace

1. Každý rok je pojistitel oprávněn navýšit běžné a dodatečné běžné pojistné a/nebo pojistnou částku, byla-li tato v pojistné smlouvě sjednána, o částku určenou na základě ročního růstu indexu spotřebitelských cen zveřejňovaného Českým statistickým úřadem. Mechanismus navýšení stanoví pojistitel. K tomuto navýšení pojistitel nebude vyžadovat prokázání vyhovujícího zdravotního stavu pojištěného.
2. Provádí-li pojistitel navýšení dle odst. 1 tohoto článku, provádí ho vždy k datu splatnosti běžného pojistného.
3. Novou výši běžného a dodatečného běžného pojistného a/nebo pojistné částky a datum jejich účinnosti je pojistitel povinen pojistníkovi oznámit písemně, a to nejméně 30 kalendářních dnů před tímto datem, k němuž má být pojistné v pojistitelem nově stanovené výši poprvé splatné resp. nová pojistná částka účinná (dále jen „datum indexace“).
4. V případě, že pojistník s nově stanovenou výší pojistného a/nebo pojistné částky sdělenou mu pojistitelem v souladu s ustanovením odst. 3 tohoto článku nesouhlasí, je povinen svůj nesouhlas písemně sdělit nejpozději 14 kalendářních dnů před datem indexace. Uplatní-li pojistník svůj nesouhlas s nově stanovenou výší pojistného a/nebo pojistné částky, pojištění pokračuje beze změn.

Článek 12 Pojištění bez placení běžného a dodatečného běžného pojistného, tzv. převod do splaceného stavu

1. Počínaje druhým pojistným rokem je pojistník oprávněn kdykoliv v době trvání pojištění písemně požádat o převedení pojištění na pojištění bez placení běžného a dodatečného běžného pojistného, tj. o převod pojištění do splaceného stavu, a to za předpokladu, že běžné a dodatečné běžné pojistné za první pojistný rok bylo plně uhrazeno a v době převodu pojištění dosahuje hodnota podílů vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného minimálně výše stanovené pojistitelem v sazebníku.
2. Akceptuje-li pojistitel žádost pojistníka o převod pojištění do splaceného stavu, zašle pojistníkovi písemně potvrzení o přijetí této změny. Ujednává se, že byla-li žádost o převod pojištění do splaceného stavu pojistitelem přijata, dojde k převodu pojištění do splaceného stavu od prvního dne následujícího pojistného období, byla-li žádost doručena pojistiteli alespoň 30 dnů před tímto datem, nebo od prvního dne dalšího následujícího pojistného období, byla-li žádost doručena později. Nepřijme-li pojistitel žádost pojistníka o převod pojištění do splaceného stavu do data, od něhož by převod pojištění do splaceného stavu byl dle výše uvedeného účinný, pozbývá tato platnost.
3. Běžné a dodatečné běžné pojistné je u pojištění ve splaceném stavu hrazeno z hodnoty podílů vytvořených na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného. Pojistná částka sjednaná v pojistné smlouvě je u pojištění ve splaceném stavu snížena na nulu. Pojistník má možnost při převodu pojištění do splaceného stavu požádat o zachování původní pojistné částky, popřípadě o její snížení. V případě snížení pojistné částky na nulu není odečítána částka specifikovaná v článku 18 odst. 6 těchto ZPP.
4. Pojištění ve splaceném stavu nelze, nedohodne-li se pojistník s pojistitelem jinak, již převést na pojištění s povinností platit běžné a dodatečné běžné pojistné a toto zaniká k poslednímu dni měsíce předcházejícího měsíci, v němž hodnota podílů vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného poklesne na nulu.
5. Převedem do splaceného stavu není dotčeno právo pojistníka zaplatit mimořádné pojistné dle článku 17 těchto ZPP.
6. Převedem do splaceného stavu není dotčeno právo pojistníka vypovědět pojištění v souladu s článkem 8 VPP.

Článek 13 Přerušení placení pojistného, tzv. platební prázdniny

1. Počínaje třetím pojistným rokem je pojistník oprávněn kdykoliv v době trvání pojištění písemně požádat pojstitele o dočasné přerušení placení pojistného. Pojistitel je oprávněn podmínit přijetí žádosti řádným uhrazením běžného a dodatečného běžného pojistného.
2. Dočasné přerušení placení pojistného může být provedeno maximálně na 12 měsíců a maximálně třikrát za dobu trvání pojištění a pouze za předpokladu, že hodnota podílů vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného dosahuje minimálně výše stanovené pojistitelem v sazebníku. Období mezi dvěma přerušeními, tj. mezi ukončením předchozího a počátkem následujícího přerušení placení pojistného, musí být minimálně 12 měsíců a běžné a dodatečné běžné pojistné za tuto dobu musí být plně uhrazeno.
3. Akceptuje-li pojistitel žádost pojistníka o dočasné přerušení placení pojistného, zašle pojistníkovi písemně potvrzení o přijetí této změny. Ujednává se, že byla-li žádost o dočasné přerušení placení pojistného pojistitelem přijata, nastane přerušení placení pojistného od prvního dne následujícího pojistného období, byla-li žádost doručena pojistiteli alespoň 15 dnů před tímto datem, nebo od prvního dne dalšího následujícího pojistného období, byla-li žádost doručena později. Nepřijme-li pojistitel žádost pojistníka o dočasné přerušení placení pojistného do data, od něhož by přerušení bylo dle výše uvedeného účinné, pozbývá tato platnost.
4. Během přerušení placení pojistného není dotčeno právo pojistníka zaplatit mimořádné pojistné dle článku 17 těchto ZPP.
5. Během přerušení placení pojistného náleží pojistiteli poplatky a částky dle článku 18 těchto ZPP.

Článek 14 Převod podílů programů investování

- Pojistník je oprávněn kdykoliv v době trvání pojištění písemně požádat o převedení podílů připsaných na podílovém účtu mezi jednotlivými standardními programy investování. Na žádost pojistníka 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. Minimální hodnotu takto převáděných podílů stanoví pojistitel v sazebníku.
- Akceptuje-li pojistitel žádost pojistníka o převod podílů programů investování, zašle pojistníkovi písemné potvrzení o přijetí této změny. Ujednává se, že byla-li žádost o převod podílů programů investování pojistitelem přijata, podíly programů investování budou převedeny k datu uvedeném v žádosti pojistníka. Pojistitel nejprve převede podíly vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného a následně podíly vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného, nedohodli-li se však s pojistníkem jinak.
- 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, jehož výše je stanovena v sazebníku.
- Převody podílů budou provedeny za použití cen podílů jednotlivých standardních programů investování platných v době převodu.
- Pojistitel je oprávněn stanovit v sazebníku minimální hodnotu podílů, která musí být ponechána v jednotlivých standardních programech investování po převodu.

Článek 15 Změna alokace běžného a dodatečného běžného pojistného

- Pojistník je oprávněn kdykoliv v době trvání pojištění 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. Pojistitel je oprávněn podmínit přijetí žádosti řádným uhrazením běžného a dodatečného běžného pojistného.
- Akceptuje-li pojistitel žádost pojistníka o změnu alokace běžného a dodatečného běžného pojistného, zašle pojistníkovi písemné potvrzení o přijetí této změny. Ujednává se, že byla-li žádost o změnu alokace běžného a dodatečného běžného pojistného pojistitelem přijata, dojde ke změně alokace běžného a dodatečného běžného pojistného od prvního dne následujícího pojistného období, byla-li žádost doručena pojistiteli alespoň 30 dnů před tímto datem, nebo od prvního dne dalšího následujícího pojistného období, byla-li žádost doručena později. Nepřijme-li pojistitel žádost pojistníka o změnu alokace běžného a dodatečného běžného pojistného do data, od něhož by změna alokace byla dle výše uvedeného účinná, pozbývá tato platnost.
- 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, jehož výše je stanovena v sazebníku.
- Pojistitel stanoví v sazebníku minimální a maximální procentní část pojistného, která může být alokována do jednotlivých standardních programů investování.

POJISTNÉ A POPLATKY

Článek 16 Běžné a dodatečné běžné pojistné

- Běžné a dodatečné běžné pojistné se platí za dohodnutá pojistná období (měsíční, čtvrtletní, pololetní nebo roční) dle četnosti placení sjednané v pojistné smlouvě. První pojistné období začíná v den počátku pojištění. Běžné a dodatečné běžné pojistné je splatné prvního dne pojistného období.
- Běžné a dodatečné běžné pojistné je snižováno o poplatky dle článku 18 odst. 1 a 2 těchto ZPP.
- Zvýšení nebo snížení pojistného může být provedeno v souladu s články 9, 10 a 11 těchto ZPP.

Článek 17 Mimořádné pojistné

- Mimořádné pojistné je pojistné, které pojistitel umožňuje pojistníkovi platit mimo úhrady běžného a dodatečného běžného pojistného. Pojistník je v době trvání pojištění oprávněn písemně požádat o zaplacení mimořádného pojistného, pokud je běžné a dodatečné běžné pojistné řádně placeno. Mimořádné pojistné musí být zaplaceno ve formě stanovené pojistitelem a nesmí být nižší než minimální limit stanovený pojistitelem v sazebníku. Pojistitel je oprávněn stanovit v sazebníku i maximální limit celkového mimořádného pojistného.
- Pojistitel nenese odpovědnost za důsledky nepřiznání mimořádného pojistného na pojistnou smlouvu, nespĺňuje-li mimořádné pojistné podmínky dané limity pojistitele.
- Mimořádné pojistné je v souvislosti s náklady vzniklými pojistiteli jeho přijetím sníženo o poplatky dle článku 18 odst. 3 těchto ZPP.
- Nepřijme-li pojistitel žádost pojistníka o zaplacení mimořádného pojistného, oznámí toto pojistníkovi písemně do 15 dnů od data doručení žádosti. Pojistník je povinen písemně sdělit pojistiteli, jakým způsobem a kam má odmítnuté mimořádné pojistné, bylo-li již zaplaceno, vrátit. Pojistitel je povinen odmítnuté mimořádné pojistné vrátit pojistníkovi bez zbytečného odkladu poté, co je mu pojistníkem způsob jeho vrácení písemně sdělen.
- Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na povinnost pojistníka platit běžné a dodatečné běžné pojistné.
- Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na výši pojistné částky.

Článek 18 Poplatky, rozdělování (alokace) pojistného

- Běžné pojistné placené pojistníkem je sníženo o alokační poplatek dle aktuální procentní hodnoty tohoto poplatku uvedené pro daný pojistný rok v sazebníku. Dále je běžné pojistné sníženo o inkasní poplatek, jehož výše je uvedena v sazebníku. Zbývající část běžného pojistného po odpočtu alokačního a inkasního poplatku je převedena na podíly jednotlivých programů investování, a to v poměru sjednaném v pojistné smlouvě.
- Dodatečné běžné pojistné je sníženo o alokační poplatek dle aktuální procentní hodnoty tohoto poplatku platné v době zaplacení dodatečného běžného pojistného a uvedené v sazebníku. Zbývající část dodatečného běžného pojistného po odpočtu alokačního poplatku je převedena na podíly jednotlivých programů investování, a to v poměru specifikovaném pojistníkem v žádosti o zaplacení mimořádného pojistného a v souladu s předpisy pojistitele platnými v době uhrazení mimořádného pojistného.
- Běžné pojistné, dodatečné běžné pojistné a mimořádné pojistné je převáděno na podíly na základě ceny podílů jednotlivých programů investování platné v okamžik převodu. První platba běžného pojistného je převedena na podíly na počátku pojištění. První platba dodatečného běžného pojistného je převedena na podíly k datu, ke kterému bylo navýšení běžného pojistného provedeno. Další platby běžného a dodatečného běžného pojistného jsou převáděny na podíly bezprostředně po obdržení celé platby pojistného pojistitelem. Mimořádné pojistné je převedeno na podíly v okamžiku obdržení platby.
- Pojistitel odečte každý měsíc z podílového účtu část podílů vytvořených na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného ve výši odpovídající částce na úhradu svých správních nákladů, jejíž výše je stanovena v sazebníku.
- Pojistitel odečte každý měsíc, a to až do data ukončení šetření pojistné události pojistitelem, z podílového účtu část podílů vytvořených na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného ve výši odpovídající správnímu poplatku na administrativní náklady pojistitele spojené se změnami pojištění, které byly provedeny na základě písemné žádosti pojistníka. Výše poplatků je stanovena v pojistitelem v sazebníku.
- Počet podílů potřebný k pokrytí poplatků stanovených v odst. 5 až 7 tohoto článku je určen na základě ceny 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.

VÝPLATA HODNOTY PODÍLŮ

Článek 19 Výplata části hodnoty podílů

- Pojistník je kdykoliv v době trvání pojištění oprávněn písemně požádat na příslušném tiskopisu pojistitele o výplatu části hodnoty podílů. V prvním pojistném roce umožní pojistitel výplatu maximálně do výše hodnoty podílů připsaných na podílovém účtu a vytvořených na základě zaplacení mimořádného pojistného, bylo-li toto již zaplaceno. Počínaje druhým pojistným rokem a za předpokladu, že běžné a dodatečné běžné pojistné za první pojistný rok bylo plně uhrzeno, umožní pojistitel i výplatu části hodnoty podílů připsaných na podílovém účtu a vytvořených na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného.
- Částečnou výplatu z hodnoty pojištění pojistitel umožní maximálně v takové výši, aby hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného po výplatě neklesla pod limit stanovený pojistitelem v sazebníku a současně, aby součet veškerých dosud provedených výplat nepřevýšil celkové zaplacené pojistné.
- Pojistitel je oprávněn stanovit v sazebníku maximální počet výplat části hodnoty podílů vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného v průběhu jednoho pojistného roku.
- Požádá-li pojistník o vyšší částku výplaty hodnoty podílů, než je částka určená dle podmínek uvedených v odst. 1 a 2 tohoto článku, vyplatí mu pojistitel nejvýše částku určenou dle těchto podmínek.
- Pojistitel je oprávněn výplatu části hodnoty podílů zamítnout, a to zejména tehdy, požádá-li pojistník o výplatu hodnoty podílů nižší, než je pojistitelem v sazebníku stanovená minimální částka výplaty hodnoty podílů.
- Pokud se dle pojistné technických zásad výplatou zvýší pojistné riziko, je pojistitel rovněž oprávněn snížit pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě, maximálně však o částku výplaty.

7. Za provedení každé výplaty části hodnoty podílů si pojistitel účtuje poplatek, jehož výše je pojistitelem stanovena v sazebníku.
8. Výplata částí hodnoty podílů bude provedena za použití cen podílů platných k datu uvedenému v žádosti.
9. Lhůta pro výplatu částí hodnoty podílů je stanovena pojistitelem na šest týdnů a počíná běžet od následujícího dne po datu doručení písemné žádosti pojistníka. Na základě písemné žádosti pojistníka může být tato šestitýdenní lhůta zkrácena. Za zkrácení lhůty je pojistitel oprávněn účtovat si administrativní poplatek, jehož výše je stanovena pojistitelem v sazebníku.

DŮSLEDKY NEPLACENÍ POJISTNÉHO A ZÁNİK POJIŠTĚNÍ

Článek 20 Neplacení pojistného

1. Není-li běžné nebo dodatečně běžné pojistné za první pojistné období zapláceno do tří měsíců od data jeho splatnosti, zanikne pojištění v důsledku neplacení pojistného uplynutím této lhůty bez náhrady. Bylo-li však již v době trvání pojištění zapláceno mimořádné pojistné, vyplatí pojistitel pojistníkovi odbytné z hodnoty podílů vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného.
2. Není-li běžné nebo dodatečně běžné pojistné za další pojistné období zapláceno do šesti měsíců od data jeho splatnosti a dosahuje-li na konci tohoto období hodnota podílů vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečně běžného pojistného minimálně výše stanovené pojistitelem v sazebníku, je pojištění automaticky převedeno na pojištění bez placení pojistného s pojistnou částkou sníženou na nulu (tzv. pojištění ve splaceném stavu). Pokud ke dni uplynutí této lhůty hodnota podílů vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečně běžného pojistného nedosahuje minimálně výše stanovené pojistitelem v sazebníku, pojištění zaniká a pojistitel vyplatí pojistníkovi odbytné, vznikl-li již na něj nárok v souladu s článkem 21 těchto ZPP. Nevznikl-li dosud nárok na odbytné, pojištění zaniká bez náhrady.

Článek 21 Zánik pojištění, vznik nároku na odbytné

1. Vznikem kterékoliv z pojistných událostí dle článků 4 – 8 těchto ZPP, která byla oznámena jako první a za níž bylo pojistitelem vyplaceno pojistné plnění, zanikají všechna pojištění, která byla v pojistné smlouvě sjednána.
2. Bylo-li v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ vážné choroby a diagnóza některého z onemocnění uvedených v článku 6 odst. 5 písm. a) - e), písm. h) - j) těchto ZPP nebo diagnóza onemocnění, které zapříčinilo zařazení na čekací listinu podle článku 6 odst. 5 písm. f) těchto ZPP nebo podstoupení chirurgického zákroku podle článku 6 odst. 5 písm. g) 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 pro případ smrti nebo dožití, zanikají k datu stanovení diagnózy.
3. Při zániku pojištění, s výjimkou zániku spojeného s pojistnou událostí dle článků 4 - 8 těchto ZPP, vyplatí pojistitel odbytné, vznikl-li již na něj dle odst. 4 a 5 tohoto článku nárok. Pro určení hodnoty odbytného se rozlišuje odbytné z hodnoty podílů vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečně běžného pojistného a odbytné z hodnoty podílů vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného. Celková výše odbytného se stanoví podle pojistné technických zásad a je součtem částek odbytného stanovených dle odst. 4 a 5 tohoto článku. Od odbytného je pojistitelem vždy odečten stornovací poplatek ve výši stanovené pojistitelem v sazebníku.
4. Nárok na odbytné z hodnoty podílů vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečně běžného pojistného vzniká u pojištění nejdříve po roce jeho trvání a za předpokladu, že běžné a dodatečně běžné pojistné za první pojistný rok bylo plně uhrazeno a tato hodnota odbytného určená podle pojistné technických zásad je kladná.
5. Nárok na odbytné z hodnoty podílů vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného vzniká okamžikem zaplacení mimořádného pojistného.
6. Pojištění zaniká k poslednímu dni měsíce předcházejícího měsíci, v němž hodnota podílů vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečně běžného pojistného poklesne na nulu. Pojistitel vyplatí pojistníkovi odbytné z hodnoty podílů vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného, vznikl-li již na něj dle odst. 5 tohoto článku nárok.

Článek 22 Zaokrouhlování

1. Splátky pojistného a pojistná částka jsou vyjádřeny v celých Kč.
2. Při výplatě pojistného plnění, jakož i při výplatě části hodnoty podílů podle článku 19 těchto ZPP a jiných výplatách spojených s pojištěním, bude vyplacená částka zaokrouhlena na celé Kč, a to dle matematických pravidel.

STANDARDNÍ PROGRAMY INVESTOVÁNÍ

Článek 23 Standardní programy investování

1. Každý standardní program investování je vztažen k odděleným a identifikovatelným aktivům pojistitele.
2. Pojistník si může zvolit z řady standardních programů investování odlišujících se typem aktiv, ke kterým jsou vztaženy, a tím i výnosností a mírou rizika.
3. Pojistitel si vyhrazuje právo uzavřít kdykoliv vstup do standardního programu investování pro účely specifikované v člancích 14, 15, 16 a 17 těchto ZPP.
4. Jakékoliv výnosy a zhodnocení aktiv v souladu s článkem 25 těchto ZPP, 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.
5. 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.
6. S výjimkou článku 25 odst. 3, 4 a 5 těchto ZPP mohou být z portfolia aktiv, k nimž je vztažen standardní program investování, odebrána aktiva pouze tehdy, pokud jsou ve standardním programu investování zrušeny podíly, jejichž hodnota odpovídá hodnotě odebíraných aktiv.
7. Vzhledem k charakteru standardních programů investování není cena jejich podílů pojistitelem garantována.

Článek 24 Omezení zájmu ve standardních programech investování

1. Připisování podílů jednotlivých standardních programů investování na podílový účet slouží zejména ke stanovení výše pojistného plnění.
2. 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 25 Oceňování standardních programů investování

1. Aktiva, k nimž jsou jednotlivé standardní programy investování vztaženy, budou oceňována v četnosti stanovené pojistitelem, minimálně však jednou za měsíc.
2. 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 odpočty na pokrytí nákladů, správních poplatků, 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.
3. 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.
4. 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.
5. Pojistitel je oprávněn odečíst od aktiv, k nimž je standardní program investování vztažen, správní poplatek, jehož výše nepřesáhne 2 % ročně z hodnoty těchto aktiv.
6. Pojistitel provede všechna rozhodnutí týkající se oceňování aktiv, k nimž je standardní program investování vztažen, a stanoví správce portfolia odpovědného za správu těchto aktiv.
7. Alternativně k poplatku popsaném 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 dodatečně 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.
8. 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 26 Stanovení cen podílů standardních programů investování

1. Cena podílů jednotlivých standardních programů investování je stanovována pojistitelem každý oceňovací den.
2. 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.

Článek 27 Závěrečné ustanovení

Od všech ustanovení těchto ZPP se pojistitel může v pojistné smlouvě odchýlit, vyžaduje-li to účel a povaha pojištění.