

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO UNIVERZÁLNÍ ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ



OPTIMAL

ze dne 1. 8. 2007

Obchodní firma: ČSOB Pojišťovna, a. s., člen holdingu ČSOB
Právní forma: akciová společnost
Sídlo: Pardubice, Zelené předměstí, Masarykovo náměstí čp. 1458
PSČ: 532 18, Česká republika
IČ: 45534306, DIČ: CZ45534306
zapsaná v OR u KS Hradec Králové, oddíl B, vložka 567
(dále jen „pojistitel“)

Článek 1 Úvodní ustanovení

- Univerzální životní pojištění OPTIMAL (dále jen „pojištění“) se řídí těmito zvláštními pojistnými podmínkami ze dne 1. 8. 2007 (dále jen „ZPP“), ujednáními pojistné smlouvy a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění ze dne 1. 1. 2005 (dále jen „VPP“). Právní vztahy neupravené výše uvedeným se řídí příslušnými ustanoveními zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o pojistné smlouvě“) a ustanoveními souvisejících právních předpisů. Výše uvedené pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
- Pojištěním, které je v pojistné smlouvě sjednáno vždy, je základní pojištění pro případ smrti nebo dožití (dále jen „základní pojištění“). V pojistné smlouvě lze 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 pro případ smrti následkem úrazu,
 - pojištění pro případ trvalých následků úrazu.
- 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 s ustanoveními zákona o pojistné smlouvě a ustanoveními souvisejících právních předpisů dříve, v den předcházející výročnímu dni počátku pojištění po 5 letech trvání pojištění.
- Ujednává se, že uplynutím pojistné doby pojištění nezaniká, pokud pojistník nejméně šest týdnů před koncem pojištění nesdělí písemně pojistiteli, že na dalším trvání pojištění nemá zájem. Pokud pojištění v souladu s ujednáním tohoto odst. nezanikne, prodlužuje se o jeden rok a následně vždy o rok.
- V pojistné smlouvě lze k základnímu pojištění sjednat i jiné druhy pojištění, než jsou pojištění uvedená v odst. 2 písm. a) až f) tohoto článku. Není-li takové pojištění upraveno těmito ZPP, řídí se samostatnými doplňkovými pojistnými podmínkami pro tento druh pojištění.

Článek 2 Výklad pojmů

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

Hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného:

Hodnota individuální rezervy vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného, včetně připsaných podílů na zisku.

Hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení mimořádného pojistného:

Hodnota individuální rezervy vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného, včetně připsaných podílů na zisku.

Hodnota pojištění:

Celková hodnota individuální rezervy, která je součtem hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného a hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného.

Pojistný rok:

Rok začínající v den počátku pojištění nebo ve výroční den počátku pojištění.

Dodatečné běžné pojistné:

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

Úraz:

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

Oceňovací tabulky:

Dokument pojistitele obsahující zásady plnění pojistitele z úrazového pojištění dle podmínek sjednaných v pojistné smlouvě. Oceňovací tabulky jsou k dispozici na všech obchodních místech pojistitele. Pojistitel si vyhrazuje právo oceňovací tabulky měnit nebo doplňovat v závislosti na vývoji lékařské vědy a praxe. Výši pojistného plnění určuje pojistitel podle oceňovacích tabulek platných v době vzniku úrazu.

POJISTNÉ PLNĚNÍ

Článek 3 Pojistné plnění - společná ujednání

- Pojistné plnění z pojištění vyplácí pojistitel v souladu s články 4 - 11 těchto ZPP a v závislosti na tom, které druhy pojištění byly sjednány v pojistné smlouvě.
- Pojistné plnění ze základního pojištění a z pojištění uvedených v článku 1 odst. 2 písm. a) až d) těchto ZPP vyplatí pojistitel pouze jednou, a to za tu nastalou pojistnou událost, která je oznámena jako první. Touto pojistnou událostí zanikají všechna pojištění, která byla v pojistné smlouvě sjednána. Bylo-li ze základního pojištění a/nebo z pojištění uvedených v článku 1 odst. 2 písm. a) až d) těchto ZPP 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, vyplatí mu pojistitel pojistné plnění ve výši hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného k datu konce pojištění snížené o poplatek uvedený v sazebníku.
- Bylo-li v průběhu pojištění zaplaceno mimořádné pojistné, vyplatí pojistitel navíc k pojistnému plnění určenému podle odst. 1 tohoto článku i hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení mimořádného pojistného k datu konce pojištění.

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 pojištění 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 pro případ smrti sjednanou v pojistné smlouvě k datu úmrtí pojištěného, nebo hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem, je-li tato vyšší než pojistná částka pro případ smrti sjednaná k datu úmrtí pojištěného.
- Bylo-li v době trvání pojištění zaplaceno mimořádné pojistné, vyplatí pojistitel při úmrtí pojištěného navíc k pojistnému plnění určenému podle odst. 1 nebo 2 tohoto článku i hodnotu pojištění 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 dle článku 1 odst. 2 písm. b) těchto ZPP.

4. V případě, že u pojištěného je v době trvání pojištění pro případ vážné choroby, nejdříve však po uplynutí prvních tří kalendářních měsíců ode dne počátku pojištění pro případ vážné choroby, stanovena diagnóza vážné choroby, která splňuje podmínky pojistné události dle odst. 4 tohoto článku, vyplatí pojistitel pojištěnému pojistnou částku pro případ vážné choroby sjednanou v pojistné smlouvě k datu pojistné události, nebo hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem, je-li tato vyšší než pojistná částka pro případ vážné choroby sjednaná k datu pojistné události.
3. Bylo-li v době trvání pojištění zaplacen mimořádné pojistné, vyplatí pojistitel navíc k pojistnému plnění určenému podle odst. 2 tohoto článku i hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení mimořádného pojistného k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem.
4. Pojistná událost je pro účely vymezení pojistného plnění v případě vážné choroby definována následovně:
- 4.1. Pojistná událost nastane, je-li u pojištěného písemnou lékařskou zprávou specifikovanou v odst. 5 tohoto článku potvrzeno:
- a) první stanovení diagnózy některého z onemocnění uvedených v odst. 5 písm. a) - e), písm. h) - 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 (dále jen „vážná choroba“) za podmínky, že onemocnění dle písm. a) tohoto odst. nebo onemocnění, které zapříčinilo zařazení pojištěného na čekací listinu dle písm. b) tohoto odst., nebo podstoupení chirurgického zákroku pojištěným dle písm. c) tohoto odst. bylo diagnostikováno nejdříve po uplynutí prvních tří kalendářních měsíců následujících po počátku pojištění pro případ vážné choroby a současně byly splněny podmínky uvedené v odst. 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 nálezy 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 trvající 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 tří 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.
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_{0,04} s nebo Q>0,25% amplitudy kmitu R),
2. nespecifické EKG známky infarktu myokardu s charakteristickou dynamikou biochemických markerů, tj. CK-MB a troponinu,
3. typická anamnéza pro infarkt myokardu s charakteristickou dynamikou biochemických markerů, tj. CK-MB a troponinu.
Pojistná ochrana se vztahuje i na případy, kdy nejsou splněny výše uvedené podmínky, pokud je diagnóza akutního infarktu myokardu potvrzena propouštěcí zprávou z kardiologického či interního oddělení, pojištěný byl léčen nemocniční intravenózní trombolýzou nebo akutní PTCA (primární koronární angioplastika) a splnil indikační kritéria pro tuto léčbu.
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze akutního infarktu myokardu, a propouštěcí zprávu o hospitalizaci z důvodu této diagnózy. 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 nedokrvění mozkové tkáně s odpovídajícím neurologickým nálezem, který musí přetrvávat ještě alespoň tři kalendářní měsíce po stanovení diagnózy cévní mozkové příhody. Součástí diagnózy musí být některé zobrazovací vyšetření mozku s nálezem odpovídajícím mozkové ischemii, nebo intracerebrálnímu či subarachnoidálnímu krvácení.
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze cévní mozkové příhody a lékařské potvrzení o neurologickém poškození přímo souvisejícím s 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 je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze zhoubného nádoru. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení.
 - d) nezhoubný nádor mozku
Nezhoubným nádorem mozku se rozumí přítomnost nezhoubného nitrolebního nádoru, který svým růstem poškozuje mozek.
Pojistná ochrana se vztahuje pouze na případy, kdy byl pojištěnému na základě rozhodnutí neurologa či neurochirurga proveden neurochirurgický zákrok s cílem odstranit nezhoubný nádor, který svým růstem poškozuje mozek, nebo na případy, kdy přítomnost neoperabilního nezhoubného nádoru vede ke vzniku trvalého neurologického poškození. Pojistná ochrana se nevztahuje na cysty, cévní malformace, hematomy, nádory podvěšku mozkového a míchy.
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o provedení neurochirurgického zákroku, nebo lékařské potvrzení o trvalém neurologickém poškození přímo souvisejícím s neoperabilním nezhoubným nádorem. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení, které léčbu pojištěného provádí.
 - e) chronické selhání ledvin
Chronickým selháním ledvin se rozumí nezvratné selhání funkce obou ledvin či ledviny solitární, vyžadující trvalé a pravidelné dialyzační léčení pojištěného hemodialýzou nebo peritoneální dialýzou.
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o pravidelné dialyzační léčbě 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 krvetvorných buněk, při níž bude pojištěný příjemcem transplantátu. Na transplantaci ostatních orgánů či jejich částí se pojistná ochrana nevztahuje.

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

g) operace věnčitých tepen

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

Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o provedení operace koronárních tepen, před a pooperační lékařské vyšetření pojištěného včetně 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 kardiochirurgického zdravotnického zařízení.

h) slepota

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

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

i) hluchota

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

Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze hluchoty doložené audiometrickým vyšetřením s tympanometrií, a při jakémkoliv rozporu i vyšetřením kmenových evokovaných potenciálů (BERA). Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař otorinolaryngolog.

j) infekce virem HIV v důsledku provedení krevní transfúze

Infekcí virem HIV v důsledku provedení krevní transfúze se rozumí prokázaná infekce HIV v důsledku příjmu krevní konzervy kontaminované virem HIV, podané pojištěnému během krevní transfúze provedené na území České republiky v době trvání pojištění pro případ vážné choroby. Zdravotnické zařízení, které kontaminovanou krevní konzervu podalo, musí písemně svou odpovědnost za přenos viru HIV na pojištěného potvrdit.

Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze HIV/AIDS a lékařské potvrzení dokládající, že příčinou infekce virem HIV nebo onemocnění AIDS je transfúze infikované krevní konzervy. Lékařské potvrzení o diagnóze musí vystavit odborný lékař. Lékařské potvrzení o příčině infekce či onemocnění musí vystavit odborný lékař zdravotnického zařízení, které transfúzi provedlo.

6. Kromě povinností uvedených v odst. 5 tohoto článku je pojištěný dále povinen:

a) písemně oznámit pojistiteli na příslušném tiskopisu vznik pojistné události, a to bez zbytečného odkladu,

b) pokud u něho byla během prvních tří kalendářních měsíců následujících po počátku pojištění pro případ vážné choroby stanovena diagnóza vážné choroby, tuto skutečnost písemně v této lhůtě a bez zbytečného odkladu oznámit pojistiteli,

c) dodržovat veškeré pokyny lékaře vztahující se k léčbě vážné choroby, k léčebnému režimu a vyloučit veškerá jednání, která mohou nepříznivě ovlivnit stav nebo vývoj vážné choroby,

d) vyžaduje-li to pojistitel, podrobit se na náklady pojistitele kontrolnímu vyšetření zdravotního stavu u lékaře, kterého pojistitel určí, a v jím určeném termínu,

e) dodat pojistiteli všechny doklady, zprávy a posudky, které si pojistitel při pojistné události i kdykoliv v době trvání pojištění vyžádá, a to bez zbytečného odkladu,

f) umožnit pojistiteli získávat a zpracovávat veškerou zdravotní dokumentaci o své osobě, popř. tuto zdravotní dokumentaci pro pojistitele na jeho vyžádání zajistit a zprostředkovat všem lékařům, kteří pojištěného léčili nebo vyšetřovali, a to i z jiných důvodů, než je pojistná událost, a zplnomocnit je k podání všech nutných informací pojistiteli,

g) zplnomocnit svou zdravotní pojišťovnu k poskytnutí všech informací, které si pojistitel vyžádá.

7. V souladu s ustanovením článku 9 odst. 2 VPP se pro pojištění pro případ vážné choroby ujednáají i následující výluky :

7.1. Pojistitel neposkytne pojistné plnění v případech, kdy k pojistné události došlo v přímé souvislosti s:

a) úmyslným jednáním pojištěného směřujícím k vyvolání vážné choroby, k jejímu zhoršení nebo sebepoškození,

b) zneužitím léků pojištěným nebo užíváním léků pojištěným bez lékařského doporučení nebo v rozporu s lékařským doporučením či vědomým nerespektováním rad a doporučení lékaře pojištěným.

7.2. Pojistitel neposkytne pojistné plnění v případech, kdy k pojistné události došlo v přímé souvislosti s:

a) působením ionizačního záření nebo účinků jaderné energie na pojištěného, s výjimkou případů, kdy je tomuto riziku vystaven lékař nebo zdravotnický personál při výkonu povolání nebo pojištěný v rámci léčebného procesu pod lékařským dohledem,

b) pracovní činnosti 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.

8. V souladu s ustanovením článku 10 odst. 2 VPP je pojistitel oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění z pojištění pro případ vážné choroby i v případech, mělo-li vědomé porušení povinností uvedených v odst. 5 a v odst. 6 písm. c) až g) tohoto článku podstatný vliv na vznik pojistné události vážné choroby nebo na zvětšení rozsahu následků této pojistné události, nebo bylo-li znemožněno šetření nutné ke zjištění rozsahu povinností pojistitele plnit. Pojistitel sníží pojistné plnění podle toho, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinností plnit.

9. Nastala-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 4 tohoto článku a pojistitel za ni neposkytl pojistné plnění v souladu s ustanoveními článku 9 odst. 1 VPP nebo v souladu s ustanovením odst. 7.1 tohoto článku, pojištění sjednaná v pojistné smlouvě, s výjimkou základního pojištění, pojištění pro případ smrti následkem úrazu dle článku 1 odst. 2 písm. e) těchto ZPP a pojištění pro případ trvalých následků úrazu dle článku 1 odst. 2 písm. f) těchto ZPP, touto pojistnou událostí zanikají.

10. Nastala-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 4 tohoto článku a pojistitel za ni neposkytl pojistné plnění v souladu s ustanovením odst. 7.2 tohoto článku, pojištění pro případ vážné choroby pokračuje beze změn.

11. 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 dle článku 1 odst. 2 písm. c) těchto ZPP.

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 pro případ plné invalidity následkem nemoci, vyplatí pojistitel pojištěnému pojistnou částku pro případ plné invalidity následkem nemoci sjednanou v pojistné smlouvě k datu stanovení diagnózy nemoci, v jejímž důsledku plná invalidita nastala, nebo hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem, je-li tato vyšší než pojistná částka pro případ plné invalidity následkem nemoci sjednaná k datu stanovení diagnózy nemoci, v jejímž důsledku plná invalidita nastala. Nastala-li plná invalidita v důsledku několika nemocí, je za pojistnou částku pro případ plné invalidity následkem nemoci sjednanou v pojistné smlouvě k datu stanovení diagnózy nemoci považována pojistná částka sjednaná k datu stanovení diagnózy první z těchto nemocí.

3. Bylo-li v době trvání pojištění zapláceno mimořádné pojistné, vyplatí pojistitel navíc k pojistnému plnění určenému podle odst. 2 tohoto článku i hodnotu pojištění 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 9 odst. 2 VPP se ujednává, že pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci i v případech, stane-li se pojištěný plně invalidním v důsledku:
 - a) působení mikrobiálních jedů nebo imunotoxických látek,
 - b) vědomého nevyhledání zdravotní péče nebo vědomého nerespektování rad a doporučení lékaře,
 - c) infekce virem HIV či onemocnění AIDS, s výjimkou případů přenosu infekce viru HIV v důsledku provedení krevní transfúze ve smyslu článku 6 odst. 5 písm. j) těchto ZPP,
 - d) nemoci, která vznikla v důsledku úrazu, který pojištěný utrpěl před počátkem pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci,
 - e) nemoci z povolání nebo nemoci, která vznikla v souvislosti s provozováním profesionální sportovní činnosti,
 - f) vrozených vad a nemoci.
7. V souladu s ustanovením článku 9 odst. 2 VPP se ujednává, že pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci i v případech, kdy pojištěnému byla ke dni počátku pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo v období 5 let před počátkem pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci přiznána plná nebo částečná invalidita.
8. V souladu s ustanovením článku 10 odst. 2 VPP je pojistitel oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci i v případech, porušil-li pojištěný povinnost dle odst. 9 tohoto článku.
9. Pojištěný je povinen bez zbytečného odkladu po obdržení rozhodnutí o přiznání plné invalidity od příslušné správy sociálního zabezpečení oznámit tuto skutečnost pojistiteli.
10. Nastala-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 2 tohoto článku a pojistitel za ni neposkytl pojistné plnění v souladu s ustanoveními článku 9 odst. 1 VPP nebo v souladu s ustanoveními odst. 6 nebo 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 dle článku 1 odst. 2 písm. d) těchto ZPP.
2. Stane-li se pojištěný v době trvání pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu plně invalidním ve smyslu platných právních předpisů o sociálním zabezpečení, a to následkem úrazu nastalého nejdříve v den počátku pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu, vyplatí pojistitel pojištěnému pojistnou částku pro případ plné invalidity následkem úrazu sjednanou v pojistné smlouvě k datu úrazu, v jehož důsledku plná invalidita nastala, nebo hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem, je-li tato vyšší než pojistná částka pro případ plné invalidity následkem úrazu sjednaná k datu úrazu, v jehož důsledku plná invalidita nastala. Nastala-li plná invalidita v důsledku několika úrazů, je za pojistnou částku pro případ plné invalidity následkem úrazu sjednanou v pojistné smlouvě k datu úrazu považována pojistná částka sjednaná k datu prvního z těchto úrazů.
3. Bylo-li v době trvání pojištění zaplaceno mimořádné pojistné, vyplatí pojistitel navíc k pojistnému plnění určenému podle odst. 2 tohoto článku i hodnotu pojištění 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 9 odst. 2 VPP se ujednává, že pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu i v případech, stane-li se pojištěný plně invalidním v důsledku:
 - a) působení mikrobiálních jedů nebo imunotoxických látek,
 - b) vědomého nevyhledání zdravotní péče nebo vědomého nerespektování rad a doporučení lékaře,
 - c) úrazu, který vznikl v důsledku nemoci,
 - d) úrazu, který utrpěl v důsledku nepřiměřené tělesné námahy,
 - e) infekční nemoci přenesené zraněním,
 - f) diagnostických, léčebných a preventivních zákroků, které nebyly provedeny za účelem léčení následků úrazu,
 - g) vzniku a zhoršení kýl (hernií), bércových 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 výhřezů plotének neúrazovým dějem a mikrotraumatem,
 - i) zhoršení již existující nemoci v důsledku úrazu,
 - j) vrozené lomivosti kostí nebo patologických a únavových zlomenin nebo v důsledku jiných vrozených vad nebo nemoci,
 - 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 obdobných extrémních a adrenalinových sportů a činností,
 - l) úrazu, který utrpěl při provozování profesionální sportovní činnosti,
 - m) úrazu, který utrpěl při výkonu některého z níže uvedených povolání, resp. činností - artista, dělník v těžkém průmyslu, elektromechanik silnoproudých vedení, hasič (i dobrovolný), hrobník, kaskadér, krotitel zvíře, lesní dělník, lešenář, malíř nebo natěrač nebo obkladač nebo čistič pracující ve výškách, námořník, nekvalifikované dělnické profese včetně stavebních, pilot, pokrývač, popelář, posunovač, potápeč, pracovník na pile, pracovník ozbrojených složek, pracovník silniční údržby, pyrotechnik, pracovník s výbušninami, slévač, speleolog, tavič, těžař ropy a plynu, tovární jezdec motorových vozidel nebo plavidel, stěhovák, tunelář, učitel bojových sportů, umývač oken, veškeré důlní profese (např. horník, důlní zámečnick, důlní inženýr atd.).
7. V souladu s ustanovením článku 9 odst. 2 VPP se ujednává, že pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu i v případech, kdy pojištěnému byla ke dni počátku pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu nebo v období 5 let před počátkem pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu přiznána plná nebo částečná invalidita.
8. V souladu s ustanovením článku 10 odst. 2 VPP je pojistitel oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu i v případech, porušil-li pojištěný povinnost dle odst. 9 tohoto článku.
9. Pojištěný je povinen bez zbytečného odkladu po obdržení rozhodnutí o přiznání plné invalidity od příslušné správy sociálního zabezpečení oznámit tuto skutečnost pojistiteli.
10. Nastala-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 2 tohoto článku a pojistitel za ni neposkytl pojistné plnění v souladu s ustanoveními článku 9 odst. 1 VPP nebo v souladu s ustanoveními odst. 6 nebo 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.

Článek 9 Pojistné plnění pro případ smrti následkem úrazu

1. Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že je v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ smrti následkem úrazu dle článku 1 odst. 2 písm. e) těchto ZPP.

- Byla-li úrazem, vzniklým v době trvání pojištění pro případ smrti následkem úrazu, způsobena pojištěnému smrt, která nastala nejpozději do tří let ode dne úrazu, vyplátí pojistitel tomu, komu smrtí pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, pojistnou částku pro případ smrti následkem úrazu sjednanou v pojistné smlouvě k datu úrazu. Bylo-li v pojistné smlouvě k datu úrazu sjednáno pojištění pro případ smrti následkem úrazu s dvojnásobným pojistným plněním při dopravní nehodě a zemřel-li pojištěný následkem úrazu, ke kterému došlo při dopravní nehodě definované v zákoně č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů (zákon o silničním provozu), ve znění pozdějších předpisů, vyplátí pojistitel tomu, komu smrtí pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, dvojnásobek pojistné částky pro případ smrti následkem úrazu sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu.
- Pojištění pro případ smrti následkem úrazu zaniká nejpozději v den předcházející výročnímu dni počátku pojištění v roce, v němž se pojištěný dožije 65 let věku.

Článek 10 Pojistné plnění pro případ trvalých následků úrazu

- Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že je v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ trvalých následků úrazu dle článku 1 odst. 2 písm. f) těchto ZPP.
- Zanechá-li úraz, který vznikl v době trvání pojištění pro případ trvalých následků úrazu, pojištěnému trvalé následky, vyplátí pojistitel pojištěnému z pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu tolik procent, kolika procentům odpovídá podle Oceňovací tabulky B rozsah trvalých následků po jejich ustálení, a v případě, že se neustálily do tří let ode dne úrazu, kolika procentům odpovídá jejich stav ke konci této lhůty. Podmínkou vzniku nároku na plnění je však skutečnost, že rozsah trvalých následků způsobených pojištěnému jedním úrazovým dějem dosáhl takové výše procentního ohodnocení podle Oceňovací tabulky B, která je v pojistné smlouvě k datu úrazu ujednána jako minimální pro vznik povinnosti pojistitele plnit (limit trvalých následků úrazu) a současně pojištěný na následky tohoto úrazu nezemřel do 6 měsíců ode dne úrazu.
- Nemůže-li pojistitel poskytnout pojistné plnění podle předchozího odstavce proto, že trvalé následky úrazu nejsou po uplynutí 6 měsíců ode dne úrazu ještě ustáleny, je povinen poskytnout pojištěnému na jeho požádání přiměřenou zálohu pouze tehdy, prokáže-li pojištěný pojistiteli lékařskou zprávou, že alespoň část trvalých následků úrazu odpovídající minimálnímu rozsahu stanovenému v pojistné smlouvě k datu úrazu pro vznik povinnosti pojistitele plnit má již trvalý charakter.
- Týkají-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánu, jejichž funkce byly sníženy již před úrazem, stanoví se jejich procentní ohodnocení podle Oceňovací tabulky B tak, že celkové procento se sníží o počet procent odpovídající předchozímu poškození, určenému rovněž podle Oceňovací tabulky B.
- Výši pojistného plnění za trvalé následky úrazu určuje pojistitel na základě zprávy o výsledku zdravotní prohlídky pojištěného u lékaře určeného pojistitelem. Opírá se přitom o stanovisko lékaře, který pro něj vykonává odbornou poradní činnost.
- Zdravotní prohlídku ke zjištění rozsahu trvalých následků úrazu u lékaře určeného pojistitelem zabezpečí pojistitel na svůj náklad v případě, kdy podle zprávy lékaře, který pojištěného ošetřoval, doplněné podle potřeby výpisem ze zdravotních záznamů o pojištěném, které si pojistitel vyžádá nebo které mu pojištěný v souladu s ustanovením článku 13 odst. 7 VPP zajistí od jiných lékařů nebo zdravotnických zařízení, vyplývá, že rozsah trvalých následků úrazu může k termínu tří let od data úrazu dosáhnout minimálně limitu trvalých následků úrazu sjednaného v pojistné smlouvě k datu úrazu.
- Ve vážných případech, u nichž pojistitel rozhodne o tom, že není možno určit rozsah trvalých následků úrazu v souladu s ustanoveními odst. 5 a 6 tohoto článku, určí pojistitel výši pojistného plnění podle zdravotní dokumentace pojištěného.
- Pokud pojištěný vyžaduje doplňující kontrolní vyšetření, je povinen nést náklady s ním spojené. Pojistitel si vyhrazuje právo určit lékaře, resp. zdravotnické zařízení, u něhož bude vyšetření provedeno. V opačném případě není pojistitel povinen výsledky kontrolního vyšetření akceptovat.
- Pojistné plnění za trvalé následky úrazu se určuje podle Oceňovací tabulky B, a to ve výši tolika procent pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu, kolik procent tato tabulka uvádí pro jednotlivá tělesná poškození. Stanoví-li Oceňovací tabulka B procentní rozpětí, určí pojistitel výši plnění tak, aby v rámci daného rozpětí odpovídalo plnění povaze a rozsahu tělesného poškození, které bylo pojištěnému úrazem způsobeno.
- Není-li jakékoliv tělesné poškození obsaženo v Oceňovací tabulce B, je pojistitel oprávněn určit výši pojistného plnění sám nebo v součinnosti s lékařem, kterého určí. Ke stanovení výše pojistného plnění použije analogicky hodnoty uvedené v Oceňovací tabulce B u tělesných poškození, která jsou předmětnému tělesnému poškození svou povahou nejbližší.
- Způsobil-li jediný úraz pojištěnému několik trvalých následků různého druhu, hodnotí se celkové trvalé následky úrazu součtem procent pro jednotlivé následky. Týkají-li se však jednotlivé následky téhož údu, orgánu nebo jejich částí, hodnotí se jako celek, a to nejvýše procentem stanoveným v Oceňovací tabulce B pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich částí.
- Pojistitel je povinen vyplátit za trvalé následky úrazu způsobené jedním úrazovým dějem nejvýše 100 % pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu, resp. jejího násobku v souladu s odst. 14 tohoto článku, a to i v případě, kdy součet procent pro jednotlivé trvalé následky stanovený dle odst. 11 tohoto článku hranici 100 % překročí.
- Bylo-li v pojistné smlouvě k datu úrazu sjednáno pojištění trvalých následků úrazu s limitem plnění od 1 %, poskytuje pojistitel pojistné plnění v souladu s ustanoveními tohoto článku za trvalé následky úrazu pouze v tom případě, že jejich rozsah podle Oceňovací tabulky B dosáhne po jejich ustálení minimálně 1 % trvalého poškození těla.
- Bylo-li v pojistné smlouvě k datu úrazu sjednáno k pojištění trvalých následků úrazu progresivní plnění, pojistitel bude plnit za trvalé následky úrazu, které dosáhnou procenta poškození těla od dohodnutého limitu trvalých následků úrazu do 25 % včetně, dané procento z jednonásobku pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu, při procentu trvalých následků úrazu nad 25 % do 50 % včetně z dvojnásobku, při procentu trvalých následků úrazu nad 50 % do 75 % včetně z trojnásobku a při procentu trvalých následků úrazu nad 75 % do 100 % včetně ze čtyřnásobku pojistné částky pro trvalé následky úrazu sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu. Výše uvedené zásady plnění za trvalé následky úrazu se sjednáním progresivního plnění nemění.
- Pojištění pro případ trvalých následků úrazu zaniká nejpozději v den předcházející výročnímu dni počátku pojištění v roce, v němž se pojištěný dožije 65 let věku.

SPOLEČNÁ UJEDNÁNÍ PRO POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD SMRTI NÁSLEDKEM ÚRAZU A PRO PŘÍPAD TRVALÝCH NÁSLEDKŮ ÚRAZU

Článek 11 Výluky z pojištění

- Ustanovení tohoto článku platí, je-li v pojistné smlouvě sjednáno alespoň jedno z pojištění dle článku 1 odst. 2 písm. e) - f) těchto ZPP.
- V souladu s ustanovením článku 9 odst. 2 VPP se pro pojištění dle odstavce 1 tohoto článku ujednávají i následující výluky uvedené v odst. 3 tohoto článku.
- Pojistitel neposkytne z pojištění pojistné plnění v těchto případech:
 - nastala-li pojistná událost při provozování bungee jumpingu, snowboardingu nebo lyžování mimo vyznačené tratě nebo mimo stanovenou dobu provozu na vyznačených tratích, při snowraftingu, raftingu, canyoningu, skialpinismu, parašutismu, paraglidingu, speleologii a při provozování dalších obdobných extrémních a adrenalinových sportů a činností pojištěným,
 - došlo-li ke zhoršení následků pojistné události z důvodu vědomého nevyhledání zdravotní péče pojištěným nebo vědomého nerespektování rad a doporučení lékaře,
 - byla-li pojistná událost způsobena mikrobiálními jedy nebo imunotoxickými látkami,
 - byl-li důsledkem pojistné události vznik nebo zhoršení kýly (hernií), bércových vředů, diabetických gangrén, nádorů všeho druhu a původu, vznik a zhoršení aseptických zánětů pochev šlachových, úponů svalových, tíhových váčků a epikondylitid,
 - za infekční nemoci, i když byly přeneseny zraněním,
 - byla-li pojistná událost způsobena přímo nebo nepřímo syndromem získaného selhání imunity (AIDS),
 - za následky diagnostických, léčebných a preventivních zákroků, které nebyly provedeny za účelem léčení následků pojistné události,
 - bylo-li důsledkem pojistné události zhoršení již existující nemoci nebo nastala-li pojistná událost v důsledku nemoci,
 - za infarkt myokardu, cévní mozkovou příhodu a epilepsii a za následky pojistné události, ke kterým v jejich důsledku došlo,
 - byly-li důsledkem pojistné události ploténkové a algické páteřní syndromy a výhřezy plotének neúrazovým dějem a mikrotraumatem,
 - byla-li důsledkem pojistné události zlomenina v důsledku vrozené lomivosti kostí nebo metabolických poruch nebo patologická nebo únavová zlomenina, jakož i vymknutí a vykloubení v důsledku vrozených vad a poruch,

- l) nastala-li pojistná událost v důsledku nepřiměřené tělesné námahy pojištěného,
- m) nastala-li pojistná událost v důsledku úrazu, který pojištěný utrpěl při výkonu některého z níže uvedených povolání, resp. činností: artista, hasič (i dobrovolný), kaskadér, krotitel zvířete, pilot, pracovník s výbušninami, pracovník ve výškách (pokud má předepsáno upevnění závěsem), pracující pod vodou s potápěcím dýchacím přístrojem, pyrotechnik, posunovač, příslušník horské záchranné služby, záchranáři a členové havarijních sborů,
- n) nastala-li pojistná událost v důsledku úrazu, který pojištěný utrpěl při provozování některého z uvedených sportů v rámci organizací, jejichž náplní je organizování tělovýchovné, soutěžní nebo závodní činnosti, a to v těchto sportech: americký fotbal, asijská bojová umění (např. karate, full-contact, goru-ryu, sebeobrana, taekwon-do, thajský box), box, cyklotrial, fotbal, horolezectví (vč. alpinismu), in-line hokej, jezdecké závody na koních, lední hokej, létání na lehkých a ultralehkých letounech a závěsných kluzácích, letecká akrobacie, motorismus, potápění, pozemní hokej, ragby, sjezdové a akrobatické lyžování, skoky do vody, skoky na lyžích, snowboarding, vodní slalom a sjezd, vysokohorská turistika, závody na horských kolech.
- o) nastala-li pojistná událost v důsledku úrazu, který pojištěný utrpěl při soutěžní, závodní nebo jiné sportovní činnosti včetně přípravy na ni (tréninku) u profesionálních sportovců a sportovců zúčastňujících se nejvyšších republikových a zahraničních soutěží s výjimkou billiaru, bowlingu, curlingu, jógy, kulečníku, kuželek, metané, pétanque, rybářských sportů, šachů, šipek moderních i klasických, turistiky a ZRTV.

Článek 12 Práva a povinnosti účastníků pojištění

1. Ustanovení tohoto článku platí, je-li v pojistné smlouvě sjednáno alespoň jedno z pojištění dle článku 1 odst. 2 písm. e) - f) těchto ZPP.
2. V souladu s ustanovením článku 11 odst. 11 VPP se pro pojištění dle odstavce 1 tohoto článku ujednávají i následující práva a povinnosti účastníků pojištění uvedené v odst. 3 tohoto článku.
3. Povinností pojištěného je bez zbytečného odkladu vyhledat po úrazu lékařské ošetření, léčit se podle pokynů lékaře a vyžaduje-li to pojistitel, dát se na jeho náklad vyšetřit lékařem, kterého pojistitel určí.

ZMĚNY POJIŠTĚNÍ

Článek 13 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) - f) těchto ZPP, a to v rámci podmínek stanovených pojistitelem,
 - b) snížení nebo zvýšení pojistné částky pro pojištění dle článku 1 odst. 2 písm. a) - d) těchto ZPP a/nebo snížení nebo zvýšení pojistné částky pro pojištění dle článku 1 odst. 2 písm. e) - f) těchto ZPP, a to v rámci limitů stanovených pojistitelem,
 - c) snížení nebo zvýšení pojistného, a to v rámci limitů stanovených pojistitelem.
 Žádost pojistníka o změnu pojištění musí být předložena na příslušném tiskopisu pojistitele.
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 dle článku 17, resp. 23 odst. 2, těchto ZPP nebo u pojištění nastalo dočasné přerušení placení pojistného dle článku 17 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 písemné potvrzení o přijetí změny. Ujednává se, že byla-li žádost o změnu pojištění pojistitelem přijata, je změna účinná od prvního dne pojistného období následujícího po pojistném období, v němž pojistitel žádost pojistníka o změnu pojištění přijal. Nepřijme-li pojistitel žádost pojistníka o změnu pojištění ve výše dohodnuté lhůtě, pozbývá tato platnost.
4. Žádosti o jiné než výše uvedené změny pojištění mohou být pojistníkem pojistiteli předloženy pouze tehdy, pokud je pojistitel umožní vydáním tiskopisu žádosti o příslušnou změnu. Analogicky pro ně platí ustanovení odst. 2 a 3 tohoto článku.
5. Za provedení každé změny pojištění v souladu s ustanoveními tohoto článku si pojistitel účtuje poplatek, jehož výše závisí na druhu provedené změny a je stanovena v sazebníku. O tento poplatek je snížena hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného.

Článek 14 Změny pojistné částky nebo pojistného pojistitelem

1. Pojistitel si vyhrazuje právo snížit pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě pro pojištění dle článku 1 odst. 2 písm. a) až d) nebo zvýšit pojistné uvedené v článku 18 těchto ZPP 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 výší pojistné částky nebo novou výší 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 pojistiteli 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 15 Indexace

1. Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že je v pojistné smlouvě sjednána indexace.
2. Každý rok je pojistitel oprávněn navýšit pojistné uvedené v článku 18 těchto ZPP nebo pojistné a pojistné částky, byly-li tyto v pojistné smlouvě sjednány, 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.
3. Novou výší pojistného a datum jeho splatnosti a/nebo novou výší pojistných částek a datum jejich účinnosti je pojistitel povinen pojistníkovi oznámit písemně, a to nejméně 30 kalendářních dnů před datem, k němuž má být pojistné v pojistitelem nově stanovené výši poprvé splatné resp. nové pojistné částky účinné.
4. V případě, že pojistník s nově stanovenou výší pojistného a/nebo pojistných částek sdělenou mu pojistitelem v souladu s ustanovením odst. 3 tohoto článku nesouhlasí, je povinen svůj nesouhlas pojistiteli písemně sdělit nejpozději 14 kalendářních dnů před datem, k němuž má být pojistné v pojistitelem nově stanovené výši poprvé splatné resp. nové pojistné částky účinné. Uplatní-li pojistník svůj nesouhlas s nově stanovenou výší pojistného a/nebo pojistných částek, pojištění pokračuje beze změn.

Článek 16 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 pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného minimálně výše stanovené pojistitelem v sazebníku. Žádost pojistníka o převod pojištění do splaceného stavu musí být předložena na příslušném tiskopisu pojistitele.
2. Akceptuje-li pojistitel žádost pojistníka o převod pojištění do splaceného stavu, zašle pojistníkovi písemné 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 dočasné přerušení placení pojistného do data, od něhož by přerušení bylo dle výše uvedeného účinné, pozbývá tato platnost.

- Pojistná částka sjednaná v pojistné smlouvě pro pojištění dle článku 1 odst. 2 písm. a) až d) je u pojištění ve splaceném stavu snížena na nulu. Pojistník má možnost při převodu pojištění do splaceného stavu požádat o zachování původní pojistné částky pro pojištění dle článku 1 odst. 2 písm. a) až d), popřípadě o její snížení. Pojistná částka sjednaná v pojistné smlouvě pro pojištění pro případ smrti následkem úrazu dle článku 1 odst. 2 písm. e) a pro pojištění pro případ trvalých následků úrazu dle článku 1 odst. 2 písm. f) se nemění.
- 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 pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného poklesne na nulu. Pojistitel vyplatí pojistníkovi odkupné z hodnoty pojištění vytvořená na základě zaplacení mimořádného pojistného, vznikl-li na něj dle článku 24 odst. 5 těchto ZPP nárok
- Převodem do splaceného stavu není dotčeno právo pojistníka zaplatit mimořádné pojistné dle článku 19 těchto ZPP.
- Převodem do splaceného stavu není dotčeno právo pojistníka vypovědět pojištění v souladu s článkem 6 VPP.
- U pojištění ve splaceném stavu náleží pojistiteli poplatky a částky dle článku 20 těchto ZPP.

Článek 17 Přerušeni placení pojistného, tzv. platební prázdniny

- Počínaje třetím pojistným rokem je pojistník oprávněn kdykoliv v době trvání pojištění písemně požádat pojistitele o dočasné přerušeni placení běžného a dodatečného běžného pojistného, tzv. platební prázdniny (dále jen „dočasné přerušeni placení pojistného“). Pojistitel je oprávněn podmínit přijetí žádosti řádným uhrazením běžného a dodatečného běžného pojistného. Žádost pojistníka o dočasné přerušeni placení pojistného musí být předložena na příslušném tiskopisu pojistitele.
- Dočasné přerušeni placení pojistného může být provedeno maximálně na 12 měsíců a maximálně třikrát za dobu trvání pojištění a pouze za předpokladu, že hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného dosahuje minimálně výše stanovené pojistitelem v sazebníku. Období mezi dvěma přerušeni, tj. mezi ukončením předchozího a počátkem následujícího přerušeni placení pojistného, musí být minimálně 12 měsíců a běžné a dodatečné běžné pojistné za tuto dobu musí být plně uhrazeno.
- Akceptuje-li pojistitel žádost pojistníka o dočasné přerušeni placení pojistného, zašle pojistníkovi písemně potvrzení o přijetí této změny. Ujednává se, že byla-li žádost o dočasné přerušeni placení pojistného pojistitelem přijata, nastane přerušeni 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 přerušeni placení pojistného do data, od něhož by přerušeni bylo dle výše uvedeného účinné, pozbývá tato platnosti.
- Během dočasného přerušeni placení pojistného není dotčeno právo pojistníka zaplatit mimořádné pojistné dle článku 19 těchto ZPP.
- Během dočasného přerušeni placení pojistného náleží pojistiteli poplatky a částky dle článku 20 těchto ZPP.
- Poklesne-li během dočasného přerušeni placení pojistného hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného na nulu, zanikne pojištění v souladu s článkem 24 odst. 6 těchto ZPP.

POJISTNÉ A POPLATKY

Článek 18 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 20 odst. 1 a 2 těchto ZPP.
- Zvýšení nebo snížení pojistného může být provedeno v souladu s články 13 - 15 těchto ZPP.

Článek 19 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 zaplacen ve formě stanovené pojistitelem a nesmí být nižší než minimální limit stanovený pojistitelem v sazebníku. Pojistitel je oprávněn stanovit v sazebníku i maximální limit celkového mimořádného pojistného.
- 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 20 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 zaplacen, 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 pojistných částek.

Článek 20 Poplatky, rozdělování (alokace) pojistného

- Běžné pojistné je sníženo o inkasní poplatek, jehož výše je uvedena v sazebníku. Dále je běžné pojistné sníženo o alokační poplatek dle aktuální procentní hodnoty tohoto poplatku uvedené v sazebníku. Zbývající část běžného pojistného po odpočtu inkasního a alokačního poplatku navyšuje hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného.
- 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 navyšuje hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného.
- Mimořádné pojistné je sníženo o inkasní poplatek, jehož výše je uvedena v sazebníku. Dále je mimořádné pojistné sníženo o alokační poplatek dle aktuální procentní hodnoty tohoto poplatku platné v době zaplacení mimořádného pojistného a uvedené v sazebníku. Zbývající část mimořádného pojistného po odpočtu inkasního a alokačního poplatku navyšuje hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení mimořádného pojistného.
- Pojistitel odečítá každý měsíc z hodnoty pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného částku na úhradu svých správních nákladů (poplatek za správu pojištění). Výše poplatku za správu pojištění je stanovena v sazebníku.
- Pojistitel odečítá každý měsíc, a to až do data ukončení šetření pojistné události pojistitelem, zaniká-li jí příslušné pojištění, z hodnoty pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného částky ve výši potřebné na úhradu rizik na následující měsíc na pojištění sjednaná v pojistné smlouvě. Výše těchto částek je stanovena pojistitelem podle pojistné technických zásad.
- Pojistitel odečte z hodnoty pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného částku ve výši odpovídající správním poplatku na administrativní náklady pojistitele spojené se změnami pojištění, které byly provedeny na základě písemné žádosti pojistníka. Výše poplatků je stanovena pojistitelem v sazebníku.

PODÍL NA ZISKU A VÝPLATY Z HODNOTY POJIŠTĚNÍ

Článek 21 Podíl na zisku a technická úroková míra

- Sjednané pojištění se podílí na zisku v souladu s ustanovením článku 12 VPP.

- Pojistitel přiznává podíl na zisku vytvořený na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného, který navyšuje hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného, a podíl na zisku vytvořený na základě zaplacení mimořádného pojistného, který navyšuje hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení mimořádného pojistného.
- Podíl na zisku přiznává pojistitel podle pojistné technických zásad. Výše podílu na zisku není pojistitelem zaručena a závisí rovněž na parametrech pojištění.
- Hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného se dle pojistné technických zásad navyšuje o zhodnocení odpovídající technické úrokové míře stanovené v sazebníku.

Článek 22 Výplata části hodnoty pojištění

- Pojistník je kdykoliv v době trvání pojištění oprávněn písemně požádat na příslušném tiskopisu pojistitele o výplatu části hodnoty pojištění. V prvním pojistném roce umožní pojistitel výplatu maximálně do výše hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného, bylo-li toto již zaplacené. Počínaje druhým pojistným rokem a za předpokladu, že běžné a dodatečné běžné pojistné za první pojistný rok bylo plně uhrazeno, umožní pojistitel i výplatu části hodnoty pojištění vytvořené 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 částí hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného v průběhu jednoho pojistného roku a/nebo maximální počet výplat částí hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného v průběhu jednoho pojistného roku.
- Požádá-li pojistník o výplatu částky vyšší, 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 pojištění zamítnout, a to zejména tehdy, požádá-li pojistník o výplatu hodnoty nižší, než je pojistitelem v sazebníku stanovená minimální částka výplaty hodnoty pojištění.
- Pokud se dle pojistné technických zásad výplatou zvýší pojistné riziko, je pojistitel rovněž oprávněn snížit pojistnou částku pro pojištění dle čl. 1 odst. 2 písm. a) až d) těchto ZPP sjednanou v pojistné smlouvě, maximálně však o částku výplaty.
- Za provedení každé výplaty části hodnoty pojištění si pojistitel účtuje poplatek, jehož výše je pojistitelem stanovena v sazebníku.
- Lhůta pro výplatu části hodnoty pojištění 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 23 Neplacení pojistného

- Není-li běžné a dodatečné běžné pojistné zaplacené ve lhůtě stanovené pojistitelem v upomínce k zaplacení pojistného nebo jeho části a doručené pojistníkovi, a nedosahuje-li hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného minimálně výše stanovené pojistitelem v sazebníku, zanikne pojištění v důsledku neplacení pojistného dle čl. 5 odst. 1 písm. d) VPP a pojistitel vyplatí pojistníkovi odkupné, vznikl-li již na něj nárok v souladu s článkem 24 těchto ZPP. Nevznikl-li dosud nárok na odkupné, pojištění zaniká bez náhrady.
- Není-li běžné a dodatečné běžné pojistné zaplacené ve lhůtě stanovené pojistitelem v upomínce k zaplacení pojistného nebo jeho části a doručené pojistníkovi a dosahuje-li hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného minimálně výše stanovené pojistitelem v sazebníku, ujednává se, že se pojištění přemění dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojistitelem v upomínce k zaplacení pojistného nebo jeho části a doručené pojistníkovi na pojištění bez placení běžného a dodatečného běžného pojistného dle čl. 16 odst. 3 těchto ZPP tj. na pojištění ve splaceném stavu, přičemž pojistná částka pro pojištění dle článku 1 odst. 2 písm. a) až d) je u pojištění ve splaceném stavu snížena na nulu.

Článek 24 Zánik pojištění, vznik nároku na odkupné

- Vznikem kterékoliv z pojistných událostí ze základního pojištění nebo z pojištění dle článku 1 odst. 2 písm. a) až d) těchto ZPP, která byla oznámena jako první a za níž bylo pojistitelem vyplaceno pojistné plnění, zanikají všechna pojištění, která byla v pojistné smlouvě sjednána, nezanikla-li již dříve v souladu s některým z příslušných ustanovení těchto ZPP, VPP nebo zákona o pojistné smlouvě.
- 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 tří kalendářních měsíců následujících po počátku pojištění pro případ vážné choroby, pojištění sjednaná v pojistné smlouvě, s výjimkou základního pojištění a pojištění dle článku 1 odst. 2 písm. e) až f), zanikají k datu stanovení diagnózy.
- Při zániku pojištění, s výjimkou zániku spojeného s pojistnou událostí z pojištění dle článku 1 odst. 2 písm. a) až e) těchto ZPP, vyplatí pojistitel pojistníkovi odkupné, vznikl-li již na něj dle odst. 4 a 5 tohoto článku nárok. Pro určení hodnoty odkupného se rozlišuje odkupné z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného a odkupné z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného. Celková výše odkupného se stanoví podle pojistné technických zásad a je součtem částek odkupného stanovených dle odst. 4 a 5 tohoto článku. Od odkupného je pojistitelem vždy odečten stornovací poplatek ve výši stanovené pojistitelem v sazebníku.
- Nárok na odkupné z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného vzniká okamžikem zaplacení mimořádného pojistného, nejdříve však dnem počátku pojištění.
- Pojištění zaniká k poslednímu dni měsíce předcházejícího měsíci, v němž hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného poklesne na nulu. Pojistitel vyplatí pojistníkovi odkupné z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného, vznikl-li již na něj dle odst. 5 tohoto článku nárok.
- Odchylně od článku 6 odst. 2 VPP se ujednává, že pojištění dle článku 1 odst. 2 písm. e) - f) těchto ZPP může ke konci každého pojistného období vypovědět každá ze smluvních stran.

Článek 25 Zaokrouhlování

- Pojistné a pojistné částky jsou vyjádřeny v celých Kč.
- Při výplatě pojistného plnění, jakož i při výplatě části hodnoty pojištění podle článku 22 těchto ZPP a jiných výplatách spojených s pojištěním, bude vyplacená částka zaokrouhlena na celé Kč, a to dle matematických pravidel.

Článek 26 Závěrečné ustanovení

- Od všech ustanovení těchto ZPP se pojistitel může v pojistné smlouvě odchýlit, vyžadují-li to účel a povaha pojištění.
- Tyto ZPP nabývají účinnosti dne 1. 8. 2007.