

Pojistné podmínky pro investiční životní pojištění WÜSTENROT Prolinvest

Pojistitel je Wüstenrot, životní pojišťovna, a.s. se sídlem Praha 4, Na Hřebenech II 1718/8, PSČ 140 23, IČ 25720198, zapsána u Městského soudu v Praze, odd. B, vložka 5696 (dále jen „pojišťitel“).

Pojistník je osoba, která uzavřela s pojištěním smlouvu o investičním životním pojištění WÜSTENROT Prolinvest (dále také jen „pojištění“).

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

Oprávněná osoba je osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění.

Obmyšlený je osoba určená pojistníkem v pojistné smlouvě, které vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného.

Není-li některý z účastníků pojištění plně způsobilý k právním úkonům, jedná za něj jeho zákonný zástupce, příp. osoba jinak oprávněná ho zastupovat, taková osoba je povinna na výzvu pojištěitele své oprávnění prokázat.

Článek 1: Základní pojmy

WI-portfolio je portfolio složené z různých druhů investičních nástrojů dle příslušné investiční strategie stanovené pro toto portfolio, spravované pojištěitelem nebo pověřenou osobou (dále jen „správce“).

Externí fond je investiční fond nebo otevřený podílový fond založený a spravovaný jinou právnickou osobou než je pojišťitel.

Podílová jednotka je základní jednotka WI-portfolia, případně externího fondu (viz čl. 28) (WI-portfolia a externí fondy dále jen jako „fondy“), se kterou jsou spojena práva a povinnosti pojistníka nebo pojištěného (resp. obmyšlené osoby) související s pojištěním. Podílová jednotka je definovaná výhradně pro účely pojištění a vyjadřuje poměrný podíl na aktivech WI-portfolia, příp. externího fondu.

Oceňovací den je den ocenění aktiv WI-portfolia nebo externích fondů a stanovení nákupní a prodejní ceny podílových jednotek fondů.

Investiční den je den nákupu, resp. prodeje podílových jednotek.

Nákupní cena je pojištěitelem vypočtená cena, za kterou lze nakoupit podílovou jednotku daného fondu. Pro nákup podílových jednotek se používá nákupní cena vypočtená v nejbližší oceňovací den předcházející dni nákupu podílových jednotek (dále jen „aktuální nákupní cena“).

Prodejní cena je pojištěitelem vypočtená cena, za kterou lze podílovou jednotku daného fondu prodat. Pro prodej podílových jednotek se používá prodejní cena vypočtená v nejbližší oceňovací den předcházející dni prodeje podílových jednotek (dále jen „aktuální prodejní cena“). Rozdíl mezi nákupní a prodejní cenou je stanoven pojištěitelem a jeho maximální hodnota je uvedena v aktuálním sazebníku poplatků pojištěitele.

Hodnota podílové jednotky je hodnota v daném oceňovacím dni. Stanoví se jako podíl čisté hodnoty fondu k oceňovacímu dni a počtu všech podílových jednotek tohoto fondu k oceňovacímu dni. Pro výpočet hodnoty podílového fondu je rozhodná hodnota fondu a počet podílových jednotek v 0:00 hod. oceňovacího dne. Hodnota podílové jednotky není garantována a závisí na vývoji hodnoty aktiv fondu.

Aktuální hodnota podílových jednotek je součin aktuálního počtu podílových jednotek evidovaných na individuálním účtu a jejich aktuální prodejní ceny.

Kapitálová hodnota pojištění je hodnota součtu aktuálních hodnot podílových jednotek všech fondů evidovaných na individuálním účtu (stav individuálního účtu) snížená o všechny poplatky a měsíční pojistné za pojištění pro případ smrti ze základního pojištění a za sjednaná připojištění, neuhrazené do dne stanovení kapitálové hodnoty.

Investiční program, nebo též **alokační poměr**, je poměr určený pojistníkem, podle něhož se běžné nebo jednorázové pojistné, mimořádné po snížení o poplatek za přijetí mimořádného pojistného, umísťuje do podílových jednotek jednotlivých fondů.

Článek 2: Uzavření pojistné smlouvy

- Návrh na uzavření smlouvy o pojištění (dále jen „návrh“) předkládá pojistník písemně na tiskopise pojištěitele. Pojistník je povinen odpovědět pravdivě a úplně na všechny písemné dotazy pojištěitele týkající se sjednávání pojištění. To platí též, jde-li o změnu pojištění. Má-li být pojištěna jiná osoba, má i tato osoba stejnou povinnost. Stejnou povinnost má i pojišťitel vůči pojistníkovi a pojištěnému.
- Součástí návrhu jsou dotazníky týkající se zdravotního stavu pojišťované osoby, její výdělečné, sportovní, zábavní apod. činnosti, případně i jiné pojištěitelem vyžádané dotazníky. Pojistitel je oprávněn zjišťovat a přezkoumávat zdravotní stav pojišťované osoby. Za tímto účelem se může pojišťitel obrátit na lékaře, nemocnice a další zdravotnická zařízení, ve kterých byla pojišťovaná osoba léčena či vyšetřována. Pojistitel má dále právo nechat provést potřebná vyšetření lékařem, kterého tím pověří. Pojistitel je také oprávněn přezkoumat zdravotní stav pojištěného při změně pojistné smlouvy. Pojišťovaná osoba (pojištěný) má povinnost vyplnit Zdravotní dotazník.
- Podpisem návrhu dává pojišťovaná osoba (pojištěný) pojištěiteli souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním jejího zdravotního stavu a opravňuje dotazované lékaře a zdravotnická zařízení ke sdělování informací o jejím zdravotním stavu. Podpisem návrhu uděluje dále pojišťovaná osoba (pojištěný) a/nebo pojistník pojištěiteli plnou moc ke všem úkonům nutným v souladu s obecně závaznými právními předpisy nebo s pojistnou smlouvou ke zjišťování správnosti a úplnosti údajů pro řádné uzavření či změnu pojistné smlouvy, resp. ke zjišťování oprávněnosti nároku na pojistné plnění.
- Skutečnosti, které se pojišťitel dozví při zjišťování zdravotního stavu pojišťované osoby (pojištěného), jakož i další skutečnosti, rozhodné pro uzavření pojistné smlouvy nebo pro přiznání nároku na pojistné plnění, je oprávněn pojišťitel použít jen pro svou potřebu pro účely pojištění, jinak jen se souhlasem pojištěného a/nebo pojistníka, pokud obecně závazné právní předpisy nestanoví jinak.
- Je-li pojistník odlišný od pojištěného, je pojistník povinen pojištěného seznámit s obsahem pojistné smlouvy.
- Lhůta pro přijetí návrhu je 1 měsíc ode dne jeho doručení pojištěiteli. Zkoumá-li pojišťitel zdravotní stav pojišťované osoby (pojištěného) nikoli pouze na základě Zdravotního dotazníku a/nebo k němu pokládá doplňující či upřesňující dotazy, činí tato lhůta 2 měsíce. Lhůta pro přijetí návrhu přitom nemůže uplynout před navrhovaným dnem počátku pojištění.
- Pojistná smlouva je uzavřena okamžikem, kdy pojistník obdrží pojistku jako potvrzení o uzavření pojistné smlouvy. Součástí pojistné smlouvy je návrh.

Součástí pojistné smlouvy jsou dále tyto pojistné podmínky, případná smluvní ujednání, zdravotní a jiné dotazníky a prohlášení učiněná pojistníkem a/nebo pojištěným. Pojistná smlouva se řídí právním rádem České republiky a vztahuje se na ni příslušná zákonná ustanovení, zejména zákona o pojistné smlouvě a občanského zákoníku. Nejedná se o pojištění uzavírané na dálku.

Článek 3: Začátek pojistné ochrany, pojistná doba

- Pojištění začíná v 0:00 hod. dne sjednaného jako počátek pojištění, pokud není dohodnuto jinak.
- Pojistná ochrana začíná nejdříve dnem počátku pojištění, pokud k tomuto dni již bylo vyhotoveno potvrzení o uzavření pojistné smlouvy pojištěitelem. Jinak pojistná ochrana začíná až v 0:00 hod. dne následujícího po vyhotovení potvrzení o uzavření pojistné smlouvy pojištěitelem, nejdříve však v 0:00 hod. dne následujícího po zaplacení prvního nebo jednorázového pojistného v plné výši. Pojistitel neposkytne pojistné plnění, pokud dojde ke škodné události v době před zaplacením pojistného a/nebo před vyhotovením potvrzení o uzavření pojistné smlouvy, i když k ní dojde v době po navrhovaném dni počátku pojištění.
- Zaplatí-li pojistník první nebo jednorázové pojistné v době před navrhovaným dnem počátku pojištění, začne pojistná ochrana v omezeném rozsahu v 0:00 hod. dne následujícího po zaplacení prvního nebo jednorázového pojistného pojistníkem.
- Pokud se pojistník v návrhu zaváže k placení běžného pojistného formou SIPO nebo SINK, pak začne pojistná ochrana v omezeném rozsahu též v 0:00 hod. dne následujícího po doručení návrhu do sídla pojištěitele. To platí jen pokud:
 - při placení formou SIPO bylo uvedeno správné spojovací číslo pojistníka, nebo
 - při placení formou SINK bylo přiloženo správně vyplněné potvrzení banky o udělení souhlasu s inkasem pojistného z bankovního účtu pojistníka.
- Pojistná ochrana podle odst. 3 a 4 se vztahuje/týká pouze:
 - pojištění pro případ smrti, dojde-li ke smrti následkem úrazu a za podmínek připojištění smrti úrazem,
 - připojištění invalidního důchodu, je-li pojištěnému přiznána invalidita třetího stupně výhradně následkem úrazu;
 - připojištění smrti úrazem;
 - připojištění trvalých následků úrazu;
 - připojištění vážných trvalých následků úrazu s doživotní úrazovou rentou;
 - připojištění tělesného poškození organismu následkem úrazu;
 - připojištění denní dávky při hospitalizaci následkem úrazu;avšak jen tehdy, pokud se jedná o pojistné plnění z pojištění nebo připojištění zahrnutého v návrhu a vždy jen s příslušnou pojistnou částkou takového připojištění uvedenou v návrhu, nejvýše však 500 000 Kč. K úrazu pojištěného musí dojít po okamžiku stanoveném v odst. 3 a/nebo 4.
- Pojištění podle odst. 3 - 5 se označuje jako prozatímní pojištění a platí pro něj tyto pojistné podmínky, není-li v tomto článku výslovně uvedeno jinak. Po vyplnění návrhu je tento návrh potvrzením o uzavření prozatímního pojištění za podmínky úhrady prvního nebo jednorázového pojistného podle odst. 3 a 4. Prozatímní pojištění končí okamžikem, kdy začíná pojištění, sjednané na základě návrhu. Prozatímní pojištění končí také okamžikem odmítnutí tohoto návrhu pojištěitelem, nebo doručením návrhu pojištěitele na uzavření smlouvy o životním pojištění pojistníkovi za podmínek odchýlných od návrhu pojistníka; doba trvání prozatímního pojištění nemůže nikdy přesáhnout 60 dní. Prozatímní pojištění podle odst. 4 končí též dnem, kdy při placení formou SINK nepostačuje výše prostředků na příslušném bankovním účtu k plnění inkasu pojistného.
- Prozatímní pojištění se nevztahuje na:
 - osoby ke dni podání návrhu závislé na alkoholu nebo jiných návykových látkách,
 - osoby ke dni podání návrhu v pracovní neschopnosti,
 - poživatelé (současné i minulé) plného invalidního důchodu a/nebo invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně podle zák. č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění;
 - osoby ke dni podání návrhu trpící nervovou nebo duševní poruchou, úplnou slepotou, hluchotou;
 - osoby, jejichž trvalé poškození zdraví následkem úrazu podle podmínek připojištění trvalých následků úrazu je vyšší než 70 %.
- Pojistitel vyplatí pojistné plnění z pojistné události podle odst. 5 jen tehdy, pokud se jedná o pojistné plnění z pojištění nebo připojištění zahrnutého v návrhu.
- Za prozatímní pojištění se neplatí žádné dodatečné pojistné. Pokud však dojde k pojistné události a pojišťitel poskytne pojistné plnění z prozatímního pojištění, pak pojišťitel pojistné podle odst. 3 a 4 nevrátí, toto pojistné se považuje za pojistné zaplacené za prozatímní pojištění.
- Pojištění pro případ smrti lze uzavřít pouze pro pojištěného, který ke dni počátku pojištění dosáhl věku alespoň 3 let.

Článek 4: Druhy pojištění

- Základní pojištění je tvořeno tímto obnosovým pojištěním:
 - pojištění pro případ dožití se stanoveného věku nebo dřívější smrti spojené s investičním fondem (dále také jen „základní pojištění“).
- V jedné pojistné smlouvě lze současně se základním pojištěním sjednat tato obnosová připojištění:
 - připojištění vážných onemocnění;
 - připojištění invalidního důchodu;
 - připojištění smrti úrazem;
 - připojištění trvalých následků úrazu;
 - připojištění vážných trvalých následků úrazu s doživotní úrazovou rentou (dále jen „připojištění vážných trvalých následků s rentou“);
 - připojištění tělesného poškození organismu následkem úrazu (dále jen „připojištění tělesného poškození organismu“);
 - připojištění denní dávky při hospitalizaci následkem úrazu;
 - připojištění denní dávky při pracovní neschopnosti;
 - připojištění denní dávky při hospitalizaci následkem nemoci;
 - připojištění denní dávky při pracovní neschopnosti;
 - připojištění zproštěním od placení pojistného.

Článek 5: Pojistná událost, pojistné nebezpečí

1. Za pojistnou událost se v základním pojištění považuje dožití se pojištěného sjednaného věku (konce pojištění), nebo smrt pojištěného během trvání pojištění. Dožitím se pojištěného sjednaného věku (konce pojištění) nebo smrtí pojištěného zaniká pojištění nejpozději.
2. Za pojistnou událost se v připojištění vážných onemocnění považuje vážné onemocnění pojištěného, které bylo poprvé zjištěno během trvání tohoto připojištění.
3. Za pojistnou událost se v připojištění invalidního důchodu považuje přiznání invalidity třetího stupně podle zákona o důchodovém pojištění během trvání tohoto připojištění.
4. Za pojistnou událost se v připojištění smrti úrazem považuje smrt pojištěného následkem úrazu utrpěného v době trvání tohoto připojištění, jehož následkem tento pojištěný do 1 roku ode dne tohoto úrazu a současně za trvání tohoto připojištění zemře.
5. Za pojistnou událost se v připojištění trvalých následků úrazu považují trvalé následky úrazu pojištěného vzniklé následkem úrazu, které objektivně nastaly během 1 roku ode dne tohoto úrazu utrpěného v době trvání tohoto připojištění.
6. Za pojistnou událost se v připojištění vážných trvalých následků úrazu s rentou považují trvalé následky úrazu pojištěného vzniklé následkem úrazu se stupněm poškození nejméně 50 %, které objektivně nastaly během 1 roku ode dne tohoto úrazu utrpěného v době trvání tohoto připojištění.
7. Za pojistnou událost se v připojištění tělesného poškození organismu následkem úrazu považuje úraz pojištěného během trvání tohoto připojištění.
8. Za pojistnou událost se v připojištění denních dávek při hospitalizaci následkem úrazu považuje z lékařského hlediska nezbytná hospitalizace pojištěného v době trvání tohoto připojištění, a to z důvodu poškození zdraví následkem úrazu utrpěného v době trvání tohoto připojištění.
9. Za pojistnou událost se v připojištění denních dávek při hospitalizaci následkem nemoci považuje z lékařského hlediska nezbytná hospitalizace pojištěného z důvodu léčení nemoci v době trvání tohoto připojištění.
10. Za pojistnou událost se v připojištění denních dávek při pracovní neschopnosti považuje z lékařského hlediska nezbytná pracovní neschopnost pojištěného z důvodu poškození zdraví následkem úrazu (utrpěného v době trvání tohoto připojištění) nebo léčení nemoci v době trvání tohoto připojištění, trvajícím déle než dohodnutou dobu.
11. Za pojistnou událost se v připojištění zproštění od placení pojistného považuje z lékařského hlediska nezbytná pracovní neschopnost pojištěného z důvodu poškození zdraví následkem úrazu (utrpěného v době trvání tohoto připojištění) nebo léčení nemoci v době trvání tohoto připojištění, trvajícím déle než 3 měsíce.
12. Pojistnými nebezpečími jsou v pojištění podle odst. 1 dožití nebo smrt, podle odst. 2 vyjmenované vážné nemoci a operace, podle odst. 3 invalidita třetího stupně, podle odst. 4 smrt, podle odst. 5, 6 a 7 úraz, podle odst. 8 a 9 hospitalizace a podle odst. 10 a 11 pracovní neschopnost.
13. Územní platnost pojištění není omezena, není-li pojistnou smlouvou stanoveno jinak.

Článek 6: Nepojistitelné osoby

Za nepojistitelné osoby, na které se nevztahuje pojistná ochrana a jsou z pojištění vyloučeny, se považují:

- a) osoby ke dni podání návrhu závislé na alkoholu nebo jiných návykových látkách,
- b) poživatele (současné i minulé) plného invalidního důchodu a/nebo invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně podle zákona o důchodovém pojištění,
- c) osoby ke dni podání návrhu trpící nervovou nebo duševní poruchou, která není jen přechodná,
- d) osoby, které jsou ke dni podání návrhu v pracovní neschopnosti.

Článek 7: Oprávněné osoby

1. Pojištěný má právo, aby mu bylo vyplaceno pojistné plnění, nastane-li u něho pojistná událost. V připojištění zproštění od placení pojistného je pojistné plnění poskytováno formou zproštění pojistníka povinnosti platit pojistné v rozsahu stanoveném těmito pojistnými podmínkami nebo pojistnou smlouvou.
2. Je-li dohodnuto, že pojistnou událostí je smrt pojištěného, může pojistník určit obmyšleného, a to jménem nebo vztahem k pojištěnému. Až do vzniku pojistné události může pojistník obmyšleného měnit. Změna obmyšleného je účinná dnem doručení sdělení pojistiteli.
3. Nebyl-li v době pojistné události pojištěného určen obmyšlený nebo nenabude-li takový obmyšlený práva na pojistné plnění v případě smrti pojištěného, nabývají tohoto práva manžel pojištěného nebo partner pojištěného ve smyslu zák. č. 115/2006 Sb., a není-li jich, děti pojištěného.
4. Není-li osob uvedených v odst. 2 a 3, nabývají práva na pojistné plnění v případě smrti pojištěného rodiče pojištěného, a není-li jich, osoby, které žily s pojištěným po dobu nejméně 1 roku před jeho smrtí ve společné domácnosti a které z toho důvodu pečovaly o společnou domácnost nebo byly odkázány výživou na pojištěného; není-li ani těchto osob, nabývají tohoto práva dědici pojištěného.
5. Vznikne-li právo na pojistné plnění několika osobám a nejsou-li jejich podíly určeny, má každá z nich právo na stejný díl.
6. Uzavírá-li pojistník pojistnou smlouvu ve prospěch obmyšleného, je k uzavření takové pojistné smlouvy třeba souhlasu pojištěného. Souhlas pojištěného se vyžaduje i v případě změny obmyšleného, změny podílů na pojistné plnění, bylo-li určeno více obmyšlených, k vyplacení odkupného a dílčího odkupného a k poskytnutí půjčky.

Článek 8: Společná ustanovení o pojistném plnění

1. Pojistník je povinen bez zbytečného odkladu pojistiteli písemně oznámit, že nastala pojistná událost, podat pravdivě vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložit k tomu potřebné doklady. Není-li pojistník současně pojištěným, má tuto povinnost pojištění, jehož se pojistná událost týká. V případě smrti pojištěného má tuto povinnost obmyšlený.
2. Pojistitel je povinen po oznámení události, se kterou je spojen požadavek na pojistné plnění, bez zbytečného odkladu zahájit šetření nutné ke zjištění rozsahu jeho povinnosti plnit.
3. Pojistné plnění je splatné do 15 dnů po skončení šetření podle odst. 2. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí jeho výsledky oprávněné osobě.

4. Pojistitel je povinen ukončit šetření do 3 měsíců po tom, co mu byla událost podle odst. 1 oznámena. Nemůže-li ukončit šetření v této lhůtě, je pojistitel povinen sdělit osobě, které má vzniknout nebo vzniklo právo na pojistné plnění, důvody, pro které nelze šetření ukončit, a poskytnout jí na její žádost přiměřenou zálohu. Uvedená lhůta nebežší, je-li šetření znemožněno nebo ztíženo z viny oprávněné osoby, pojistníka nebo pojištěného. Šetření neprobíhá po dobu odvolání souhlasu se zpracováním osobních údajů pojištěného dotčeného událostí podle odst. 2.
5. Pokud byly náklady šetření podle odst. 2, vynaložené pojistitelem, vyvolány nebo zvýšeny porušením povinností účastníků pojištění, má pojistitel právo požadovat přiměřenou náhradu na tom, kdo povinnost porušil.
6. Náklady spojené s uplatněním nároku na pojistné plnění nese ten, kdo nárok uplatňuje.
7. Pojistitel neposkytne pojistné plnění, pokud pojistná událost nastala v přímé či nepřímé souvislosti s událostmi, aktivitami či skutečnostmi uvedenými mezi výlukami z pojištění (čl. 20 a 21).
8. Pojistitel může odmítnout plnění z pojistné smlouvy, jestliže:
 - příčinou pojistné události byla skutečnost, o které se dozvěděl až po vzniku pojistné události a kterou nemohl zjistit při sjednávání pojištění nebo jeho změně v důsledku úmyslné nebo z nedbalosti nepravdivé nebo neúplně zodpovězených písemných dotazů, a jestliže by při znalosti této skutečnosti v době uzavření pojistné smlouvy nebo její změny tuto smlouvu neuzavřel, nebo ji uzavřel za jiných podmínek, nebo
 - oprávněná osoba uvede při uplatňování práva na plnění z pojistné smlouvy vědomě nepravdivé nebo hrubě zkrleslé údaje týkající se rozsahu pojistné události nebo podstatné údaje týkající se této události zamlčí.
9. Dnem doručení oznámení o odmítnutí tohoto plnění (celé) pojištění zanikne. Při nesprávných údajích o datu narození nebo pohlaví pojištěného a/nebo druhu zaměstnání, sportovní, zábavní a jiné činnosti, které vedly ke sjednání pojištění s nižším pojistným (s vyšším pojistným plněním), se pojistné plnění snižuje v poměru pojistného, které bylo zapláceno, k pojistnému, které bylo placeno na základě správných údajů.
10. Pojistník a pojištěný jsou povinni počínat si tak, aby nedocházelo ke škodám na zdraví, na majetku, na přírodě nebo životním prostředí, případně tak, aby škoda již hrozící nebo její následky byly co nejmenší. Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění podle toho, jaký vliv mělo porušení těchto povinností na rozsah jeho povinnosti plnit.
11. Smrt pojištěného musí být pojistiteli neprodlouženě oznámena oprávněnou osobou. Pojistiteli musí být předloženy tyto doklady:
 - vyplněný formulář pojistitele Oznámení pojistné události,
 - úředně ověřený úmrtní list s údajem data a místa narození zemřelého,
 - podrobné lékařské nebo úřední osvědčení o příčině smrti (o počátku a průběhu nemoci a/nebo o úrazu, jež vedly ke smrti pojištěného),
 - protokol Policie ČR o šetření, pokud pojistná událost byla předmětem šetření Policie ČR (byla-li pojistná událost šetřena obdobným orgánem cizího státu, pak protokol tohoto orgánu).
12. K objasnění povinnosti poskytnout pojistné plnění může pojistitel požadovat potřebné doklady a informace a sám provést potřebná šetření. Za tímto účelem se může pojistitel obrátit na lékaře, nemocnice, a další zdravotnická zařízení, ve kterých byl nebo je pojištěný léčen či vyšetřován. Pojistitel má dále právo nechat provést potřebná vyšetření lékařem, kterého tím pověří. Pokud se pojištěný odmítne podrobit takovému vyšetření a/nebo pokud pojištěný nebo oprávněná osoba odmítne dát souhlas k poskytnutí potřebných dokladů a informací, přerušuje se šetření pojistné události a/nebo pojistitel není povinen vyplatit pojistné plnění.
13. Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění až o jednu polovinu, pokud pojištěný zemřel v souvislosti s jednáním, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt, není-li dále stanoveno jinak.
14. Pojistitel může odečíst z pojistného plnění dlužné částky pojistného a/nebo jiné své splatné pohledávky z pojištění (např. poplatky z pojištění), a to i tehdy, plní-li pojistitel oprávněné osobě, která je odlišná od pojistníka.
15. Pojistné plnění je splatné v České republice a v méně České republiky, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak. Pojistitel je povinen plnit pouze na bankovní účet vedený v České republice nebo na adresu oprávněné osoby v České republice.
16. Pojistitel je povinen, pokud tak stanoví obecně závazný právní předpis, snížit poskytovanou výplatu spojenou s pojištěním o částku stanovenou obecně závazným právním předpisem (nebo vypočtenou podle tohoto předpisu) a určenou podle tohoto obecně závazného právního předpisu k odvedení pojistitelem.
17. Pojistné plnění (případně jiná výplata spojená s pojištěním) má charakter pohledávky, kterou lze v souladu s obecně závazným právním předpisem zastavit. Zástavní právo k této pohledávce vznikne uzavřením smlouvy mezi osobou pohledávkou disponující (zástavním dlužníkem) a zástavním věřitelem (např. bankou), pokud u ní není ujednáno jinak. Zástavní právo k pohledávce je vůči pojistiteli (jako dlužníku zastavené pohledávky, tedy poddlužníku) účinné doručením písemného oznámení osoby pohledávkou disponující o něm, nebo tím, že zástavní věřitel pojistiteli prokáže vznik zástavního práva. Je-li pojistník odlišný od pojištěného, může pohledávky z pojištění zastavit jen se souhlasem pojištěného (ustanovení této věty analogicky platí pro postoupení pohledávky a tzv. vinkulaci).
18. Úrazem se rozumí neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt.
19. Za úraz se považují též následující události nezávislé na vůli pojištěného:
 - utonutí a tonutí;
 - tělesná poškození způsobená popálením, bleskem, elektrickým proudem, plyny nebo parami, požitím jedovatých nebo leptavých látek, s výjimkou případů, kdy se účinky dostavily postupně;
 - vymknutí končetin, stejně jako natržení nebo odtržení na končetinách a páteři se nacházejících svalů, šlach, vaziva a pouzder kloubních v důsledku náhlé odchylky od běžného pohybu;
 - náhoda tetanem nebo vzteklinou při úrazu.
20. Za úraz se nepovažují: nemoci včetně infekčních nemocí; srdeční infarkt, mozková mrtvice, amocce sítnice, duševní choroby a poruchy, a to i když se dostavily jako následky úrazu; nádory zhoubné i nezhoubné; kýly všech lokalizací; zhoršení nemoci následkem úrazu; aseptické záněty tlivých váčků, šlachoch-

- vých pochev a svalových úponů (bursitidy, epikondylitidy, impingement syndrom); přerušeni degenerativně změněných orgánů malým nepřírodním násilím (např. meniskus); porušení Achillovy šlachy s výjimkou přetěti z vnějšku; ostruha patní kosti; náhlé ploténkové páteřní syndromy, poškození meziobratlových plotének, i když se dostavily jako následky úrazu; krvácení do vnitřních orgánů a do mozku nebo poranění břicha či podbřišku, pokud vzniklo v důsledku zdra-vovní predispozice pojištěného; duševní chorobné stavy po úrazu, jako např. neurózy nebo psychoneurózy.
- Nemocí se rozumí porucha tělesného zdraví pojištěného zjištěná a klasifikovaná podle všeobecně uznávaného stavu lékařské vědy.
 - Nastane-li úraz nebo nemoc, je pojištěný povinen bez zbytečného odkladu vyhledat lékařskou pomoc a pokračovat v léčbě až do jeho skončení; dále je povinen dodržovat všechna opatření směřující k odvrácení a zmírnění následků úrazu či nemoci.
 - Pokud vědomé porušení povinností uvedených v odst. 22 mělo podstatný vliv na zvětšení rozsahu následků úrazu nebo nemoci a povinností pojistitele plnit, je pojistitel oprávněn snížit pojistné plnění podle toho, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinností plnit.
 - Na žádost pojistitele je pojištěný po (počátku) pojistné události povinen se podrobit dodatečnému vyšetření u lékaře určeného pojistitelem, a to do 1 měsíce po obdržení výzvy. Pokud se pojištěný bez závažného důvodu nepodrobí tomuto vyšetření, přerušuje se šetření pojistné události a/nebo pojistitel není povinen vyplatit pojistné plnění.

Článek 9: Základní pojištění

- Z Pojištění pro případ smrti vyplatí pojistitel oprávněné osobě pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky na základě písemné žádosti v případě smrti pojištěného během trvání pojištění a hodnoty podílových jednotek vedených na individuálním účtu ke dni oznámení pojistné události. Je-li pojistná událost – smrt pojištěného – oznámena pojistiteli až po uplynutí sjednané pojistné doby, vyplatí pojistitel pojistnou částku pro případ smrti a kapitálovou hodnotu pojištění vytvořenou ke dni původně sjednaného konce pojištění. Hodnota podílových jednotek je v případě výplaty pojistného plnění snížena o neuhrazené rizikové pojistné za pojištění pro případ smrti ze základního pojištění a sjednaná připojištění, o neuhrazené poplatky, správní a jiné náklady pojistitele (dle platného sazebníku poplatků ke dni výplaty pojistného plnění) a o neuhrazenou část počátečních nákladů.
- Osoba, které má smrtí pojištěného vzniknout právo na pojistné plnění, tohoto práva nenabude, pokud způsobila pojištěnému smrt úmyslným trestným činem, pro který byla soudem uznána vinnou. Stejně je tomu i v případech, kdy nedošlo k projevům skutku této osoby před soudem anebo jejímu potrestání soudem pro nepřipustnost trestního stíhání z důvodu udělení milosti či vyhlášení amnestie prezidentem republiky, promlčení trestního stíhání, vynětí této osoby z pravomoci orgánů činných v trestním řízení nebo neudělení souhlasu s takovým řízením příslušným orgánem, pro nedostatek trestní odpovědnosti z důvodu nízkého věku této osoby, v důsledku smrti nebo prohlášení za mrtvé této osoby; v důsledku uplatnění mezinárodní smlouvy, kterou je Česká republika vázána; pro zastavení trestního stíhání z důvodu nepřítomnosti nebo z důvodu bezvýznamnosti trestu, který by mohl být uložen, vzhledem k trestu, který již uložen byl nebo jehož uložení se očekává; pro přerušování trestního stíhání z důvodu nepřítomnosti této osoby nebo těžké či duševní nemoci této osoby, vyhoštění této osoby či předání trestního stíhání do ciziny; dále také v případech podmíněného zastavení trestního stíhání nebo narovnání.
- Z pojištění za běžné pojistné nevyplatí pojistitel oprávněné osobě pojistné plnění pro případ smrti pojištěného při smrti pojištěného následkem sebevraždy v době do tří let trvání pojištění (tato čekací doba se uplatní též v případě zvýšení pojistné částky podle čl. 31 odst. 16 písm. a), avšak pouze v části pojistného plnění odpovídající tomuto zvýšení). Z pojištění za jednorázové pojistné vyplatí pojistitel oprávněné osobě pojistné plnění pro případ smrti pojištěného při smrti pojištěného následkem sebevraždy v době do tří let trvání pojištění (tato čekací doba se uplatní též v případě zvýšení pojistné částky podle čl. 31 odst. 16 písm. a), avšak pouze v části pojistného plnění odpovídající tomuto zvýšení), pouze ve výši kapitálové hodnoty pojištění.
- Z Pojištění pro případ dožití vyplatí pojistitel na základě žádosti pojistné plnění ve výši kapitálové hodnoty pojištění ke dni sjednaného konce pojištění, dožije-li se jej pojištěný.
- Na základě žádosti pojištěného může být výplata pojistného plnění provedena také některým z následujících způsobů (důchodová opce):
 - výplata doživotního důchodu, v němž je důchod vyplácen po dobu života pojištěného;
 - výplata doživotního důchodu s garantovanou dobou výplaty, v němž je důchod vyplácen po dobu života pojištěného, nejméně však po dobu dohodnutou;
 - výplata garantovaného důchodu, v němž je důchod vyplácen po dobu dohodnutou.
- Nebude-li v žádosti způsob výplaty uveden, má se za to, že pojištěný požaduje jednorázové pojistné plnění podle odst. 4. Po začátku výplaty pojistného plnění při využití důchodové opce nelze dohodnutý způsob výplaty měnit.
- Důchod se vypočte z nároku na jednorázové pojistné plnění podle odst. 4 a jeho výše se stanoví podle pojistné matematických metod s použitím sazebníku pojistitele platného ke dni sjednaného konce pojištění.
- Pokud důchod, který by měl pojistitel začít vyplácet, nedosahuje minimální výše stanovené pojistitelem, je možno zvolit jiný způsob výplaty, nedostačuje-li ani pak, nebo nebyl-li jiný způsob výplaty zvolen, vyplatí pojistitel místo důchodu jednorázové pojistné plnění podle odst. 4.

Článek 10: Připojištění vážných onemocnění

- Za vážné nemoci a operace se považují:
 - Infarkt myokardu** – odumření části srdeční svaloviny následkem akutního uzávěru některého úseku koronární tepny. Nárok na pojistné plnění vznikne, pokud jsou splněna všechna čtyři následující kritéria:
 - anamnéza typických bolestí na prsou,
 - potvrzené nové změny na EKG diagnostické pro myokardiální nekrózu,
 - diagnostická elevace kardiálních enzymů nebo troponinů, zaznamenaných na následujících úrovních nebo vyšších: Troponin T > 1,0 ng/ml; Accu Tnl > 0,5 ng/ml; nebo ekvivalentní prahy podle jiných metod Troponin I,

- ejekční frakce levé srdeční komory méně než 50 %, měřená tři měsíce či déle po události.
- Dále musí být dodán důkaz prokazující definitivní akutní infarkt myokardu. Diagnostika musí být potvrzena specialistou kardiologem.
- By-pass** – operace na otevřeném srdci, při které je u pacientů s omezeními anginózními příznaky odstraněno zúžení nebo uzávěr dvou nebo více koronárních tepen, pomocí bypassových implantátů. Pokud je nemocněn léčen jinými, nechirurgickými metodami jako např. angioplastikou, laserem a jinými neoperativními postupy, je toto onemocnění vyloučeno z pojistné ochrany. Nárok na pojistné plnění je po provedení operace.
- Rakovina** – zhoubný nádor s nekontrolovatelným invazivním růstem a s tendencí k tvorbě metastáz. Pojistná ochrana se nevztahuje na:
- nádory in situ vykazující maligní změny karcinomu (včetně poševní dysplazie CIN-1, CIN-2 a CIN-3), nebo které byly histologicky popsány jako pre-maligní nebo neinvazivní nádory;
 - veškeré rakoviny pokožky včetně hyperkeratosy, bazální buněčné karcinomy a melanomy ve stádiu 1A nebo nižším dle klasifikace TNM (maximální tloušťka ≤ 1,0mm, bez ulcerace) podle nové klasifikace „American Joint Committee of Cancer“ (Amerického společného výboru pro rakovinu) z roku 2002;
 - život neohrožující rakoviny jako např. rakovina prostaty, které byly histologicky popsány jako T1(a) nebo T1(b), ale nikoliv T1(c) podle TNM klasifikace, nebo stejné či nižší podle jiné klasifikace, papilární mikrokarcinomy štítné žlázy nebo močového měchýře nižšího stadia než T2N0M0 bez metastáz, chronická lymfatická leukémie nižší než RA1 ve stadiu 1, Hodgkinova nemoc ve stadiu 1;
- Dále jsou z pojištění tohoto onemocnění vyloučeny nádory vyskytující se současně s nákazou HIV(vir lidského selhání imunity) nebo s kožními nádory – kromě zhoubného melanomu.
- Do pojištění tohoto onemocnění jsou zahrnuty leukémie a všechny zhoubné nádory mízního systému, stejně jako všechny recidivy a metastázy nádorů 1. stupně. Nárok na pojistné plnění vzniká po histologickým potvrzení diagnózy a po zařazení onemocnění (s výjimkou leukémie) podle mezinárodní nádorové klasifikace (TNM), popřípadě po zjištění recidiv nebo metastáz.
- Cévní mozková příhoda** (dále jen „CMP“) – musí být způsobena krvácením do mozku nebo mozkovým infarktem vlivem uzávěru či ruptury mozkových tepen nebo embolií z jiných tělesných orgánů. CMP musí vést k náhlému výskytu trvalých neurologických zánikových jevů. Symptomy přetrvávající déle než 24 hodin:
- permanentní ztráta motorických a senzorických funkcí nebo ztráta řeči a trvalý neurologický deficit.
- Neurolog musí předložit nálezy dokládající trvalý neurologický deficit ne dříve než 180 dnů od data výskytu, přičemž pojistnou událost nelze ohlásit dříve. Pojistné události musí být potvrzeny zobrazovacími studiemi typu CT nebo MRI.
- Z pojistné ochrany jsou vyloučeny následující stavy:
- transitorní ischemická ataka;
 - incidency, které jsou důsledkem změn v paměti nebo osobnosti;
 - cerebrální symptomy způsobené migrénou;
 - cerebrální zranění způsobená traumatem nebo hypoxií;
 - ischemická cévní choroba postihující oko, oční nerv nebo vestibulární systém.
- Selhání ledvin** – trvalé selhání funkce obou ledvin (terminální ledvinová insuficience), vyžadující trvalou dialýzu nebo transplantaci ledvin. Nárok na pojistné plnění vzniká po započetí dialyzační léčby nebo po provedení transplantace ledvin.
- Transplantace orgánů**: srdce, plic, jater, slinivky, jedné ledviny nebo kostní dřeně u pojištěného příjemce orgánu. Transplantaci srdce se rozumí i implantace umělého srdce. Nárok na pojistné plnění vzniká po provedení transplantace. Před provedením transplantace vzniká nárok na pojistné plnění, pokud byl pojištěný zařazen do Národního registru osob čekajících na transplantaci orgánu. Závažným onemocněním není transplantace rohovky, sluchových kůstek, autotransplantace kostní dřeně a transplantace jiných orgánů, neuvedených v první větě tohoto onemocnění.
- Roztroušená skleróza** – chronické onemocnění centrálního nervového systému s nevrátnými typickými neurologickými výpadky a ohnisky, prokázané odpovídajícími snímkovými vyšetřovacími technikami (CT, MRI), typickým nálezem v mozkomíšním moku a minimálně 2 relapsy. Relapsem se míní náhlý výskyt nových nebo starších příznaků, nebo odpovídající zhoršení současných příznaků. Nárok na pojistné plnění vzniká po potvrzení diagnózy neurologem, a to nejdříve po 12 měsících od výskytu onemocnění. Onemocnění centrálního nervového systému z jiných příčin (např. nemoci cévní, bakteriální nebo virové) nejsou předmětem pojistné ochrany.
- Demence včetně Alzheimerovy choroby** – demencí včetně Alzheimerovy choroby se rozumí zhoršení nebo ztráta duševní kapacity anebo abnormální chování v důsledku nezvratného globálního selhání funkcí mozku prokázané klinickým stavem a uznávaným standardizovaným dotazníkem nebo testy, a to v důsledku Alzheimerovy choroby nebo nezvratné organické poruchy mozku, s výjimkou neurózy, psychiatrické choroby a jakékoliv poruchy spojené s užíváním alkoholu či drog, jehož důsledkem je podstatné snížení mentálních a společenských funkcí vyžadující stálý dohled. Diagnosta musí být klinicky potvrzena příslušným specialistou a musí splňovat minimálně následující kritéria:
- celková atropie kúry mozkové potvrzená na CT nebo na MRI a
 - trvalá neschopnost pojištěného vykonávat bez cizí pomoci nejméně tři z „činností běžného života“, potvrzená a přetrvávající alespoň 180 dnů po datu výskytu.
- Pojištění tohoto onemocnění zaniká uplynutím pojistné doby nebo nejpozději dovršením 60 let věku pojištěného.
- Parkinsonova nemoc** – pomalu pokračující degenerativní onemocnění centrálního nervového systému, které dosáhlo do stadia vyžadujícího stálou podporu a pomoc třetí osoby. Nárok na pojistné plnění vzniká po potvrzení diagnózy idiopatické Parkinsonovy nemoci neurologem.
- Pojistitel vyžaduje jednoznačné doložení diagnózy Parkinsonovy nemoci specialistou neurologem potvrzující, že stav nelze léčit medikamentózně, a že nemocněn vyžaduje postupně zhoršování stavu pojištěného. Dále musí vyhodnotit schopnost vykonávat činnosti běžného života potvrdit trvalou neschopnost pojištěného vykonávat bez cizí pomoci alespoň tři z „činností běžného života“. Tento stav musí být potvrzen lékařem specialistou a musí pře-

trvávat alespoň 180 po sobě následujících dní od data výskytu onemocnění. Pojištění se vztahuje pouze na idiopatickou Parkinsonovu chorobu. Pojištění se nevztahuje na Parkinsonovu nemoc způsobenou drogami, toxickými látkami či jinými příčinami. Pojištění tohoto onemocnění zaniká uplynutím pojistné doby nebo nejpозději dovršením 60 let věku pojištěného.

Těžké popáleniny – popáleniny třetího stupně na nejméně 20 % povrchu těla. Nárok na pojistné plnění vzniká po potvrzení diagnózy odborným lékařem.

Kóma – je stav bezvědomí bez reakce na externí stimuly nebo interní potřeby přetrvávající nepřetržitě za použití podpůrného systému životních funkcí po dobu nejméně jednoho měsíce, s následným trvalým neurologickým deficitem. Diagnóza musí být potvrzena specialistou neurologem. Pojistná ochrana se nevztahuje na kóma způsobené alkoholem, drogami nebo zneužíváním léků.

Encefalitida – Encefalitidou se rozumí vážný zánět mozkové látky (cerebrální hemisféry, mozkového kmene nebo mozečku) zpravidla doprovázený virovou nebo bakteriální infekcí s následným signifikantním trvalým neurologickým deficitem potvrzený a přetrvávající nejméně 180 dnů od data výskytu.

Ochrnutí – úplné a trvalé ochrnutí obou dolních končetin nebo obou horních končetin, a to s trvalým úplným přerušením vodivosti míchy v důsledku úrazu nebo nemoci. Nárok na pojistné plnění vzniká po potvrzení diagnózy neurologem, a to nejdříve po 3 měsících od počátku ochrnutí. Závažným onemocněním není ochrnutí jedné končetiny (monoplegie), částečné ochrnutí a přechodné ochrnutí.

Slepota – akutním onemocněním nebo úrazem získaná úplná a nenávratná ztráta zraku obou očí. Úplnou ztrátu zraku obou očí se míní stav, kdy už není rozpoznatelné světlo a po osvětlení nenásleduje zúžení zornic. Slepota musí být doložena oftalmologickým nálezem. Nárok na pojistné plnění vzniká po potvrzení diagnózy oftalmologem.

Hluchota – úplná a nenávratná ztráta sluchu, trvající nejméně 6 měsíců. Nárok na pojistné plnění vzniká po potvrzení diagnózy otorinolaryngologem. Nárok na pojistné plnění nevzniká, pokud by použití jakékoli sluchové pomůcky, zařízení nebo implantátu vedlo k částečné nebo plně obnově sluchu.

Ztráta hlasu – úplná a nenávratná ztráta hlasu, trvající nejméně 12 měsíců bez přerušení. Nárok na pojistné plnění vzniká po potvrzení diagnózy odborným lékařem. Veškeré s psychiatrií související příčiny jsou explicitně z pojistné ochrany vyloučeny. Stav musí být neléčitelný lékařským zákrokem.

Operace srdečního chlopně – pokud je pojištěnému zavedena operační cestou náhrada jedné nebo více srdečních chlopní a chlopně aorty na základě získané hemodynamicky významné srdeční vady. Závažným onemocněním není provedení zákroku bez otevření hrudníku (balónková dilatace, laserová operace). Nárok na pojistné plnění je po provedení operace.

Operace aorty – z lékařského hlediska nezbytná operace aorty, spojená s otevřením hrudníku, při níž jsou části torakální a abdominální aorty nahrazeny nebo odstraněny. Závažným onemocněním není provedení zákroku bez otevření hrudníku (angioplastika, balónková dilatace, laserová operace) a zákrok na větších aortách (např. arteria carotis, ledvinová artérie). Nárok na pojistné plnění je po provedení operace.

Nákaza HIV při pracovní činnosti – nákaza HIV při běžném výkonu povolání, např. pichnutím o jehlu, řiznutím nebo jiným intenzivním kontaktem s prokazatelně HIV pozitivním materiálem. Zároveň musí být splněny následující podmínky:

- pojištěný si musí během 24 hodin od kontaktu nechat udělat krevní test, který prokáže nepřítomnost HIV protilátek;
- průkaz HIV a HIV protilátek musí následovat během 4 měsíců po kontaktu dalším krevním testem;
- nákaza musí být prokázána uznanou laboratoří;
- kontakt musí být nahlášen a onemocnění uznáno jako nemoc z povolání.

Nákaza HIV při transfúzi krve či krevních produktů – podmínkou poskytnutí pojistného plnění je převzetí (nebo určení pravomocným soudním rozhodnutím) plně odpovědnosti za transfúzi výrobcem krevního derivátu, nemocnicí nebo institucí, kde byla transfúze provedena; další podmínkou je, že k transfúzi došlo na území států Evropské unie, Švýcarska, Norska, USA a Kanady.

Nákaza HIV bude považována za vážnou nemoc jen po dobu, kdy nebude možno získat imunitu proti HIV preventivním očkováním a dokud nebude existovat přístupná forma léčby vedoucí k vyléčení.

2. Z připojištění vážných onemocnění vyplatí pojistitel pojištěnému pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky, dojde-li u pojištěného k vážné nemoci nebo operaci podle odst. 1. Pokud pojištěný po podání žádosti o výplatu pojistného plnění zemře, stává se pojistné plnění součástí dědictví.
3. Nárok na pojistné plnění z připojištění vážných onemocnění nevzniká u pojistných událostí, ke kterým dojde do 6 měsíců od počátku připojištění (čekací doba). Čekací doba se uplatní v případě zvýšení pojistné částky podle čl. 31 odst. 16 písm. a), avšak pouze v části pojistného plnění odpovídající tomuto zvýšení.
4. Vznikne-li nárok na pojistné plnění z připojištění vážných onemocnění podle odst. 2, nemůže již vzniknout další nárok na pojistné plnění z tohoto připojištění. Výplatu tohoto pojistného plnění připojištění zaniká.
5. Vážná nemoc nebo operace musí být pojistiteli neprodleně oznámena a doložena lékařskými nálezy. V oznámení se uvedou okolnosti vážné nemoci nebo operace a adresy zdravotnických zařízení, v nichž byl pojištěný ošetřen. V případě hospitalizace musí být dále pojistiteli předložen doklad vystavený nemocnicí, v němž byl pojištěný hospitalizován, obsahující jméno a příjmení pojištěného, jeho datum narození, diagnózu, den přijetí do nemocnice a den propuštění z nemocnice.

Článek 11: Připojištění invalidního důchodu

1. Z připojištění invalidního důchodu začne pojistitel na základě žádosti vyplácet invalidní důchod, pokud byla pojištěnému přiznána, nejdříve po 2 letech trvání pojištění, invalidita třetího stupně ve smyslu zákona o důchodovém pojištění. Čekací doba se neuplatní, pokud je pojištěnému přiznána invalidita třetího stupně následkem úrazu. Nárok na invalidní důchod trvá po dobu života a trvání invalidity třetího stupně pojištěného podle zákona o důchodovém pojištění, nejdéle však do konce pojištění. Čekací doba podle věty první se uplatní též v případě zvýšení pojistné částky podle čl. 31 odst. 16 písm. a), avšak pouze v části pojistného plnění odpovídající tomuto zvýšení.
2. Měsíční výše invalidního důchodu činí 1 % pojistné částky tohoto připojištění.

3. Důchod vyplácí pojistitel v dohodnutých obdobích, a to vždy k prvnímu dni období. Invalidní důchod náleží nejdříve od měsíce následujícího po měsíci, v němž došlo k pojistné události.
4. Pojištěný je na žádost pojistitele povinen se podrobit přezkoumání invalidity třetího stupně u lékaře určeného pojistitelem nebo sdělit informace o přezkoumání zdravotního stavu lékařskou posudkovou službou, a to do 1 měsíce od obdržení výzvy. Pokud se pojištěný bez závažného důvodu nepodrobí tomuto přezkoumání invalidity třetího stupně nebo nesdělí požadované informace, ztratí tím právo na další výplatu invalidního důchodu.

Článek 12: Připojištění smrti úrazem

1. Zemře-li pojištěný do 1 roku ode dne úrazu na následky tohoto úrazu, ke kterému došlo v době trvání tohoto připojištění, vyplatí pojistitel pojistnou částku sjednanou pro případ smrti úrazem pojištěného, není-li dále stanoveno jinak. V případě, že pojištěný zemře v důsledku dopravní nehody, vyplatí pojistitel dvojnásobek pojistné částky sjednané pro případ smrti úrazem pojištěného, není-li dále stanoveno jinak.
2. Dopravní nehodu se pro účely tohoto připojištění rozumí úraz způsobený pojištěnému jako účastníkovi provozu na pozemních komunikacích v příčinné souvislosti s provozem motorového nebo nemotorového vozidla. Za úrazy vzniklé v příčinné souvislosti s provozem motorového nebo nemotorového vozidla se považují též úrazy, ke kterým dojde při nakládání a vykládání přepravovaných věcí a při nastupování a vystupování z motorového nebo nemotorového vozidla. Účastníkem provozu na pozemních komunikacích je každý, kdo se přímým způsobem účastní provozu na pozemních komunikacích. Za účastníka provozu na pozemních komunikacích se nepovažuje cyklista a osoba pohybující se na lyžích nebo kolečkových bruslích nebo obdobném sportovním vybavení bez na hlavě nasazené a řádně připevněné ochranné přílby schváleného typu.
3. Pojistné plnění se snižuje o dříve vyplacené pojistné plnění z připojištění trvalých následků úrazu pojištěného, který byl příčinou smrti pojištěného.

Článek 13: Připojištění trvalých následků úrazu

1. Trvalými následky úrazu se rozumí takové následky úrazu, které již nejsou schopny zlepšení, tj. trvalá ovlivnění tělesných funkcí. Stupněm poškození se rozumí rozsah trvalých následků, jehož výši určuje v procentech pojistitel. Jednotlivé procentní stupně poškození se sčítají, celkový součet nesmí v žádném případě přesáhnout 100 %.
2. Týkájí-li se jednotlivé následky po jednom nebo více úrazech téhož orgánu, smyslu nebo jejich částí, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvýše procentem, stanoveným v Tabulce pro stanovení trvalých následků úrazu v příloze těchto pojistných podmínek (dále jen „Tabulka TNÚ“) pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného orgánu, smyslu nebo jejich částí.
3. Pojistné plnění se odvozuje od procentem určeného stupně poškození a od pojistné částky sjednané pro případ trvalých následků úrazu pojištěného takto:
 - a) v případě lineárního plnění je dáno procentem (pojistitelem pojištěnému určený stupeň poškození podle Tabulky TNÚ) z této pojistné částky;
 - b) v případě progresivního plnění je dáno procentem stanoveným v Tabulce pro stanovení pojistného plnění za trvalé následky úrazu s progresivním plněním v příloze těchto pojistných podmínek (dále jen „Tabulka TNUP“); z této pojistné částky, které odpovídá pojistitelem pojištěnému určenému stupni poškození podle Tabulky TNÚ;
 - c) v případě lineárního i progresivního plnění se při stupni poškození menším než 1 % pojistné plnění neposkytuje;není-li dále stanoveno jinak (odst. 4 tohoto článku).
4. V případě jizev způsobených pojištěnému úrazem je pojistné plnění rovno pojistné částce, která je stanovena takto:
 - a) 5 000 Kč v případě jizvy na obličeji a/nebo na krku o délce min. 3 cm, a to za každou takovou jizvu,
 - b) 3 000 Kč v případě jizvy jinak umístěné o délce min. 6 cm, a to za každou takovou jizvu.Nevztahuje se na jizvy způsobené jakýmkoliv chirurgickým zákrokem, které nemají souvislost s úrazem.
5. V případě, že k trvalým následkům u pojištěného došlo v důsledku dopravní nehody (ve smyslu čl. 12 odst. 2) a stupeň poškození u pojištěného činí nejméně 50 %, vyplatí pojistitel dvojnásobek pojistného plnění jinak určeného podle čl. 13 odst. 2 a 3, nejvýše však 6 mil. Kč.
6. Pojistitel má povinnost vyplatit pojistné plnění za trvalé následky úrazu vzniklé následkem úrazu, které objektivně nastaly během 1 roku ode dne úrazu, na základě žádosti pojištěného. Pojistitel nemá povinnost plnit za trvalé následky úrazu, které se poprvé objektivně objevily po uplynutí 1 roku ode dne úrazu.
7. Podmínkou výplaty pojistného plnění za trvalé následky úrazu je nejen prokázání vzniku trvalých následků úrazu, ale i lékařsky jednoznačné stanovení stupně poškození. Pokud je zjištěn vznik trvalých následků úrazu během 1 roku ode dne úrazu a není lékařsky jednoznačně stanoven stupeň poškození, poskytne se pojistné plnění teprve po uplynutí 1 roku ode dne úrazu.
8. Základem pro určení stupně poškození je Tabulka TNÚ. Při částečné ztrátě orgánu nebo smyslu, nebo částečné ztrátě funkce orgánu nebo smyslu se pro výpočet pojistného plnění použijí hodnoty vypočítané podílem z hodnot uvedených v Tabulce TNÚ.
9. Nelze-li stanovit stupeň poškození podle Tabulky TNÚ, stanoví pojistitel stupeň poškození z jím zjištěného lékařského posudku s ohledem na míru funkčnosti poškozeného orgánu.
10. Byl-li pojištěný stížen tělesnou nebo smyslovou nemocí nebo vadou již před úrazem a zhorší-li se stav postiženého orgánu následkem úrazu, určí pojistitel stupeň předchozího poškození z dosavadní nemoci nebo vady obdobně, jak je uvedeno v odst. 1, 8 a 9 tohoto článku a o takto zjištěný rozsah předchozího poškození se sníží konečný stupeň poškození, rozdíl tedy představuje stupeň poškození existující v důsledku úrazu.
11. Není-li po 1 roce ode dne úrazu stupeň poškození jednoznačný z hlediska druhu a rozsahu následků úrazu, přezkoumá pojistitel stupeň poškození, a to nejpозději do 3 let ode dne vzniku úrazu. Jestliže ani po těchto 3 letech není stupeň poškození jednoznačný, stanoví pojistitel stupeň poškození podle stavu ke konci této lhůty.
12. Zemře-li pojištěný
 - a) během 1 roku ode dne úrazu na následky tohoto úrazu, nevzniká nárok na pojistné plnění za trvalé následky úrazu;

- b) během 1 roku ode dne úrazu z důvodů, které nejsou v příčinné souvislosti s tímto úrazem, vyplatí pojistitel pojistné plnění ve výši, která odpovídá předpokládanému stupni poškození, stanovenému pojistitelem. Pojistné plnění se stává součástí dědictví;
- c) po uplynutí 1 roku ode dne úrazu, vyplatí pojistitel pojistné plnění ve výši, která odpovídá předpokládanému stupni poškození, stanovenému pojistitelem. Pojistné plnění se stává součástí dědictví.

Článek 14: Připojištění vážných trvalých následků s rentou

1. Vážnými trvalými následky úrazu se rozumí takové následky úrazu, které již nejsou schopny zlepšení, tj. trvalá ovlivnění tělesných funkcí. Stupněm poškození se rozumí rozsah vážných trvalých následků, jehož výši určuje v procentech pojistitel. Jednotlivé procentní stupně poškození se sčítají, celkový součet nesmí v žádném případě přesáhnout 100 %.
2. Týkají-li se jednotlivé následky po jednom nebo více úrazech téhož orgánu, smyslu nebo jejich částí, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvýše procentem, stanoveným v Tabulce pro stanovení trvalých následků úrazu v příloze těchto pojistných podmínek (dále jen „Tabulka TNÚ“) pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného orgánu, smyslu nebo jejich částí.
3. V případě, že dojde k vážným trvalým následkům úrazu a stupeň poškození u pojistěného činí nejméně 50 %, pojistitel na základě žádosti pojistěného:
 - a) vyplatí pojistnou částku sjednanou pro připojištění vážných trvalých následků s rentou,
 - b) začne pojistitel pojistěnému vyplácet měsíčně doživotní úrazovou rentu ve výši 1 % pojistné částky sjednané pro připojištění vážných trvalých následků s rentou a připojištění zaniká.
4. Úrazovou rentu pojistitel vyplácí za kalendářní měsíce následující po dni úrazu, vždy do 10. dne měsíce. Výplata úrazové renty končí v měsíci smrti pojistěného nebo v měsíci, kdy pojistitel oznámil pojistěnému, že na základě nového stanovení trvalých následků úrazu poklesl stupeň poškození pod 50 %.
5. Výše úrazové renty podle odst. 3, písm. b) se vždy po každém jednom roce její výplaty zvyšuje o 4 procentní body.
6. Pojistitel má povinnost vyplatit pojistné plnění za vážné trvalé následky úrazu s rentou vzniklé následkem úrazu, které objektivně nastaly během 1 roku ode dne úrazu, na základě žádosti pojistěného. Pojistitel nemá povinnost plnit za vážné trvalé následky úrazu s rentou, které se poprvé objektivně objevily po uplynutí 1 roku ode dne úrazu.
7. Podmínkou výplaty pojistného plnění za vážné trvalé následky úrazu s rentou je nejen prokázání vzniku trvalých následků úrazu, ale i lékařsky jednoznačné stanovení stupně poškození. Pokud je zjištěn vznik trvalých následků úrazu během 1 roku ode dne úrazu a není lékařsky jednoznačné stanovení stupně poškození, poskytne se pojistné plnění teprve po uplynutí 1 roku ode dne úrazu.
8. Základem pro určení stupně poškození je Tabulka TNÚ. Při částečné ztrátě orgánu nebo smyslu, nebo částečné ztrátě funkce orgánu nebo smyslu se pro výpočet pojistného plnění použijí hodnoty vypočítané podílem z hodnot uvedených v Tabulce TNÚ.
9. Nelze-li stanovit stupeň poškození podle Tabulky TNÚ, stanoví pojistitel stupeň poškození z jím zjištěného lékařského posudku s ohledem na míru funkčnosti poškozeného orgánu.
10. Byl-li pojistěný stížen tělesnou nebo smyslovou nemocí nebo vadou již před úrazem a zhorší-li se stav postiženého orgánu následkem úrazu, určí pojistitel stupeň předchozího poškození z dosavadní nemoci nebo vady obdobně, jak je uvedeno v odst. 1, 8 a 9 tohoto článku a o takto zjištěný rozsah předchozího poškození se sníží konečný stupeň poškození, rozdíl tedy představuje stupeň poškození existující v důsledku úrazu.
11. Není-li po 1 roce ode dne úrazu stupeň poškození jednoznačný z hlediska druhu a rozsahu následků úrazu, přezkoumá pojistitel stupeň poškození, a to nejpozději do 3 let ode dne vzniku úrazu. Jestliže ani po těchto 3 letech není stupeň poškození jednoznačný, stanoví pojistitel stupeň poškození podle stavu ke konci této lhůty.
12. Zemře-li pojistěný
 - a) během 1 roku ode dne úrazu na následky tohoto úrazu, nevzniká nárok na pojistné plnění za vážné trvalé následky úrazu s rentou;
 - b) během 1 roku ode dne úrazu z důvodů, které nejsou v příčinné souvislosti s tímto úrazem, vyplatí pojistitel pojistné plnění za vážné trvalé následky úrazu s rentou, stupeň poškození u pojistěného musí činit nejméně 50 %. Pojistné plnění se stává součástí dědictví;
 - c) po uplynutí 1 roku ode dne úrazu, vyplatí pojistitel pojistné plnění za vážné trvalé následky úrazu s rentou, stupeň poškození u pojistěného musí činit nejméně 50 %. Pojistné plnění se stává součástí dědictví.

Článek 15: Připojištění tělesného poškození organismu

1. Tělesným poškozením organismu se rozumí poškození zdraví pojistěného, k němuž došlo následkem úrazu utrpěného v době trvání tohoto připojištění a které je uvedeno v Tabulce pro tělesné poškození organismu v příloze těchto pojistných podmínek (dále jen „Tabulka TPOU“).
2. Pojistné plnění se odvozuje od procentem v Tabulce TPOU pro tělesné poškození organismu pojistěného určeného stupně poškození a od pojistné částky sjednané pro případ tělesného poškození organismu pojistěného; je dáno tímto procentem z pojistné částky. Není-li tělesné poškození organismu uvedeno v Tabulce TPOU, určí pojistitel výši pojistného plnění podle obdobného tělesného poškození organismu, které je svou povahou a rozsahem přiměřené tělesnému poškození organismu.
3. Je-li pojistěnému způsobeno jedním úrazem několik tělesných poškození organismu různého charakteru nebo na různých částech těla, stanoví pojistitel výši pojistného plnění součtem procent za jednotlivá tělesná poškození organismu, celkový součet nesmí v žádném případě přesáhnout 100 %.
4. Je-li několik tělesných poškození organismu způsobených jedním úrazem na jedné části těla léčeno stejným způsobem, plní pojistitel pouze za nejvýše hodnocené tělesné poškození organismu.
5. Dojde-li v době léčeni tělesného poškození organismu k dalšímu úrazu pojistěného, plní pojistitel za tělesné poškození organismu způsobené novým úrazem nezávisle na pojistném plnění za tělesné poškození organismu způsobené předchozím úrazem.
6. Je-li v Tabulce TPOU u tělesného poškození organismu uveden určitý požadavek (pracovní neschopnost, sádrová fixace, způsob léčeni aj.), je jeho splnění ze strany pojistěného podmínkou pro výplatu pojistného plnění pojistitelem

v uvedené výši. Není-li daný požadavek splněn, může pojistitel pojistné plnění snížit, popř. je neposkytne. Podmínky snížení nebo neposkytnutí pojistného plnění jsou uvedeny v Tabulce TPOU.

Článek 16: Připojištění denní dávky při hospitalizaci následkem úrazem

1. Denní dávku je dohodnutá pojistná částka, kterou je pojistitel povinen plnit za 1 den hospitalizace pojistěného následkem úrazu pojistěného utrpěného v době trvání tohoto připojištění.
2. Pojistnou událost se rozumí poskytnutí nemocniční (lůžkové) péče pojistěnému, která je z lékařského hlediska nezbytná v důsledku úrazu utrpěného v době trvání tohoto připojištění a která nastala v době trvání tohoto připojištění. Pojistná událost začíná dnem přijetí pojistěného k hospitalizaci a končí dnem, kdy hospitalizace již není z lékařského hlediska nezbytná. Pojistnou událostí je hospitalizace trvajících minimálně 24 hodin.
3. Denní dávka se vyplácí za každý den hospitalizace, pokud není v pojistné smlouvě ujednáno jinak.
4. Denní dávka je vyplácena za dobu maximálně 365 dnů pro každou pojistnou událost. Denní dávka není vyplácena za dny hospitalizace probíhající po zániku (tohoto) připojištění pojistěného nebo v době přerušení připojištění.
5. Denní dávka se vyplácí pouze v případě pobytu v nemocnici, která pracuje pod stálým odborným lékařským dozorem, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, užívá vědecky obecně uznávané léčebné a diagnostické metody, vede záznamy o zdravotním stavu a průběhu léčeni a její provozování je v souladu s obecně závaznými právními předpisy.

Článek 17: Připojištění denní dávky při hospitalizaci následkem nemoci

1. Denní dávku je dohodnutá pojistná částka, kterou je pojistitel povinen plnit za 1 den hospitalizace pojistěného následkem nemoci pojistěného.
2. Pojistnou událost se rozumí poskytnutí nemocniční (lůžkové) péče pojistěnému, která je z lékařského hlediska nezbytná v důsledku nemoci a která nastala v době trvání tohoto připojištění. Pojistná událost začíná dnem přijetí pojistěného k hospitalizaci a končí dnem, kdy hospitalizace již není z lékařského hlediska nezbytná. Pojistnou událostí je hospitalizace trvajících minimálně 24 hodin.
3. Čekací doba
 - a) Nárok na pojistné plnění vzniká u pojistných událostí, které i co do příčiny nastaly po uplynutí čekací doby.
 - b) Čekací doba činí 3 měsíce, pro případ hospitalizace v souvislosti s porodem činí 8 měsíců. Začíná běžet ode dne počátku (tohoto) připojištění.
 - c) Čekací doba odpadá při akutních infekčních onemocněních s hospitalizací na infekčním oddělení.
4. Denní dávka se vyplácí za každý den hospitalizace, pokud není v pojistné smlouvě ujednáno jinak. V případě hospitalizace v důsledku onemocnění nebo komplikací souvisejících s těhotenstvím se denní dávka vyplácí maximálně po/za dobu 14 dní pro každé těhotenství.
5. Denní dávka je vyplácena za dobu maximálně 365 dnů pro každou pojistnou událost. Denní dávka není vyplácena za dny hospitalizace probíhající po zániku (tohoto) připojištění nebo v době přerušení připojištění.
6. Denní dávka se vyplácí pouze v případě pobytu v nemocnici, která pracuje pod stálým odborným lékařským dozorem, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, užívá vědecky obecně uznávané léčebné a diagnostické metody, vede záznamy o zdravotním stavu a průběhu léčeni a její provozování je v souladu s obecně závaznými právními předpisy.

Článek 18: Připojištění denní dávky při pracovní neschopnosti

1. Denní dávku je dohodnutá pojistná částka, kterou je pojistitel povinen plnit za 1 den pracovní neschopnosti pojistěného.
2. Pojistitel poskytuje osobám, které jsou v pracovním nebo obdobném poměru a/nebo mají pravidelné příjmy z podnikatelské nebo jiné samostatné výdělečné činnosti, denní dávku při pracovní neschopnosti způsobené nemocí nebo úrazem, pokud v jejím důsledku došlo ke ztrátě na výdělku.
3. Připojištění je možno sjednat pro osoby s dobrým zdravotním stavem, které mají trvalý pobyt v České republice, a které jsou v pracovním nebo obdobném poměru a/nebo mají pravidelné příjmy z podnikatelské nebo jiné samostatné výdělečné činnosti.
4. Pojistnou událost se rozumí ošetřujícím lékařem uznaná a potvrzená pracovní neschopnost pojistěného, která nastala v důsledku nemoci nebo úrazu pojistěného, k nimž došlo v době trvání tohoto připojištění.
5. Pojistná událost začíná dnem, od kterého uznal ošetřující lékař pojistěného práce neschopným a končí dnem, kdy byla pracovní neschopnost ošetřujícím lékařem ukončena nebo její další trvání není z lékařského hlediska dále nezbytné nebo byla ukončena v souvislosti s uznáním invalidity prvního, druhého nebo třetího stupně, není-li dále stanoveno jinak.
6. Pracovní neschopnost se rozumí stav, kdy pojistěný v důsledku nemoci nebo úrazu nevykonává ani v omezené míře žádnou výdělečnou činnost, ani nevykonává jakoukoli řídicí nebo kontrolní činnost. V této souvislosti bylo pojistěnému ošetřujícím lékařem vystaveno potvrzení o pracovní neschopnosti na formuláři pojistitele (potvrzení o pracovní neschopnosti) a doklad o pracovní neschopnosti podle obecně závazného právního předpisu (doklad o pracovní neschopnosti; pokud má pojistěný nárok na nemocenskou dávku z veřejného sociálního pojištění).
7. Pokud je vystavena pracovní neschopnost současně pro více nemocí či úrazů, pak se denní dávka vyplácí pouze jednou.
8. Stane-li se pojistěný v době trvání tohoto připojištění nezaměstnaným a/nebo ztratí pravidelné příjmy ze samostatné výdělečné činnosti, je povinen toto jako zánik pojistného bezpečí bez zbytečného odkladu písemně oznámit pojistiteli. Neuvěde-li pojistěný v písemném oznámení datum zániku pojistného bezpečí, považuje se za něj den doručeni tohoto oznámení pojistiteli. Nesplní-li pojistěný bez vážného důvodu řádně svou oznamovací povinnost, považuje se za datum zániku pojistného bezpečí ten den, kdy se o něm pojistitel dozvěděl. Dnem zániku pojistného bezpečí toto připojištění zaniká.
9. V případě pojistné události plní pojistitel denní dávku sjednanou v pojistné smlouvě. Denní dávka se vyplácí od určeného dne pracovní neschopnosti, který je stanoven v pojistné smlouvě. Nejpozději k tomuto dni je pojistěný povinen předložit pojistiteli ošetřujícím lékařem vystavené potvrzení o pracovní neschopnosti

- na formuláři pojistitele. V případě opožděného doručení není pojistitel povinen plnit za dny pracovní neschopnosti předcházející dni doručení tohoto potvrzení, ledaže pojištěný svoji povinnost nemohl z vážných důvodů splnit.
10. Denní dávka je vyplácena po dobu maximálně 365 dnů pro každou pojistnou událost. Denní dávka není vyplácena za dny pracovní neschopnosti probíhající po zániku (tohoto) připojištění nebo v době přerušení pojištění.
 11. Bude-li délka pracovní neschopnosti neúměrně delší než průměrná doba léčení pro uvedené onemocnění nebo následek úrazu, a toto prodloužení pracovní neschopnosti nebude v lékařské dokumentaci dostatečně odborně zdůvodněno, pojistitel může pojistné plnění přiměřeně snížit.
 12. Pojistné plnění je vypláceno pouze v případě, že se pojištěný po dobu trvání pracovní neschopnosti léčí u lékaře s platnou licenci v daném oboru, popř. v nemocnici, která je pod stálým odborným lékařským dozorem, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, pracuje podle obecně uznávaných metod lékařské vědy a v souladu s platnými právními předpisy.
 13. Neprokáže-li pojištěný trvání pracovní neschopnosti do 30 dnů od předložení posledního potvrzení ošetřujícího lékaře, je pojistitel oprávněn ukončit vyplatu pojistného plnění ke dni posledního lékařem potvrzeného ošetření pojištěného nebo vyplatit pojistné plnění jen za dobu do dne posledního lékařem potvrzeného ošetření pojištěného.
 14. Čekací doba
 - a) Nárok na pojistné plnění vzniká u pojistných událostí, které i co do příčiny nastaly po uplynutí čekací doby.
 - b) Čekací doba činí 3 měsíce, pro případ pracovní neschopnosti v souvislosti s porodem činí 8 měsíců. Začíná běžet ode dne počátku (tohoto) připojištění.
 - c) Čekací doba odpadá při pracovní neschopnosti výlučně z důvodu úrazu.
 15. Nastane-li pojistná událost, je pojištěný povinen:
 - a) doručit bez zbytečného odkladu, nejpozději ke dni dohodnutého počátku plnění, pojistiteli potvrzení ošetřujícího lékaře o vzniku pracovní neschopnosti na formuláři pojistitele; nemůže-li tuto povinnost ze závažných důvodů splnit, je povinen potvrzení doručit ihned poté, co tyto důvody pominou; formulář pojistitele nemůže být potvrzen manželem, rodičem, sourozencem, dítětem nebo jakoukoliv další osobou blízkou pojištěného;
 - b) doložit kopii dokladu o pracovní neschopnosti;
 - c) zasílat při pokračující pracovní neschopnosti pojistiteli průběžně bez zbytečného odkladu, nejméně vždy po 2 týdnech, potvrzení ošetřujícího lékaře na formuláři pojistitele o trvání pracovní neschopnosti a lékařské nálezy. Při dlouhodobé pracovní neschopnosti se může pojistitel s pojištěným dohodnout na delší lhůtu pro zasílání potvrzení ošetřujícího lékaře;
 - d) oznámit skončení pracovní neschopnosti pojistiteli do 5 dnů ode dne, kdy nastalo;
 - e) umožnit pojistiteli kontrolu dodržování léčebného režimu; není-li pojistiteli kontrola umožněna, má se za to, že léčebný režim nebyl dodržen.

Článek 19: Připojištění zproštění od placení pojistného

1. Pojistník je zproštěn od placení běžného pojistného při pracovní neschopnosti pojištěného na základě žádosti, a to po dobu pracovní neschopnosti pojištěného následkem úrazu nebo nemoci během trvání pojištění; to neplatí pro první 3 měsíce po vzniku této pracovní neschopnosti. Nárok na zproštění od placení pojistného nevznikne, pokud k pracovní neschopnosti dojde v době přerušení placení pojistného (čl. 25 a 26).
2. Pracovní neschopnost pro účely zproštění od placení pojistného se rozumí stav, kdy pojištěný v důsledku nemoci nebo úrazu nevykonává ani v omezené míře žádnou výdělečnou činnost, ani nevykonává jakoukoli řídicí nebo kontrolní činnost.
3. Za pracovní neschopnost pro účely zproštění od placení pojistného se považuje také:
 - ztráta zraku obou očí,
 - ztráta obou rukou v zápěstí nebo výše,
 - ztráta obou nohou v kotníku nebo výše.
4. Po uplynutí 3 měsíců pracovní neschopnosti posuzuje pracovní neschopnost pro účely zproštění od placení pojistného lékař určený pojistitelem a o uznání pracovní neschopnosti rozhoduje pojistitel.
5. Pojištěný je povinen oznámit pojistiteli pracovní neschopnost pro účely zproštění od placení pojistného nejpozději 3 měsíce po jejím vzniku, jinak nárok na zproštění od placení pojistného vznikne až dnem oznámení pracovní neschopnosti – ledaže pojištěný svou povinnost nemohl z vážných důvodů splnit. Oznámení se podává na tiskopise pojistitele, který vyplňuje pojištěný a ošetřující lékař. Přílohou oznámení je vždy lékařský nálezy. Případné poplatky či jiné úhrady za vystavení oznámení pracovní neschopnosti, lékařské nálezy hradí pojištěný.
6. Zproštění od placení pojistného počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného od uznání pracovní neschopnosti pojistitelem. Pojištěný je povinen oznámit pojistiteli skončení pracovní neschopnosti do 5 dnů ode dne, kdy nastalo.
7. Nestanoví-li pojistitel jinak, je pojištěný povinen po vzniku nároku na zproštění od placení pojistného oznamovat a dokládat pracovní neschopnost na formuláři pojistitele vždy nejdéle po 2 týdnech jejího trvání. Při dlouhodobé pracovní neschopnosti se může pojistitel s pojištěným dohodnout na delší lhůtu pro zasílání potvrzení ošetřujícího lékaře. Na žádost pojistitele je pojištěný povinen kdykoliv prokázat trvání pracovní neschopnosti a předložit lékařské zprávy (a nálezy) o průběhu léčby, případně je povinen se podrobit přezkoumání pracovní neschopnosti u lékaře určeného pojistitelem; v případě porušení těchto povinností nárok na zproštění od placení pojistného zanikne.
8. Zproštění od placení pojistného končí vždy nejpozději jeden den před výročním dnem počátku pojištění v roce, ve kterém se pojištěný dožije věku 65 let.
9. Právo na zproštění od placení pojistného není, pokud:
 - pracovní neschopnost byla způsobena nebo zvýšena v přímé nebo nepřímé souvislosti s událostmi uvedenými v čl. 20,
 - pojištěný je nakažen virem HIV, a to i v případě, že nákaza nezpůsobila nemoc AIDS (syndrom získaného selhání imunity).
10. Zproštění od placení pojistného se nevztahuje na mimořádné pojistné.

Článek 20: Výluky z pojištění

1. V pojištění nevzniká nárok na pojistné plnění, pokud pojistná událost nastala v přímé nebo nepřímé souvislosti s (se):
 - a) přípravou, pokusem nebo spácháním úmyslného trestného činu pojištěného;

- b) válečnými událostmi a/nebo teroristickými útoky všeho druhu, bez ohledu na to, zda k úrazu, nemoci a/nebo smrti dojde bezprostředně nebo zprostředkovaně;
 - c) vnitrostátními násilnými nepokoji, kterých se pojištěný aktivně zúčastnil na straně iniciátora nepokojů;
 - d) úmyslným sebepoškozením včetně úmyslného nevyhledání zdravotní péče nebo úmyslného neobnovení léčebných pokynů;
 - e) řízením vozidla v případě, kdy se pojištěný odmítne podrobit vyšetření za účelem zjištění obsahu alkoholu a/nebo jiných návykových či omamných látek v krvi;
 - f) řízením vozidla osobou, která není držitelem příslušného řídičského oprávnění, nebo která vozidlo použila neoprávněně.
2. V pojištění nevzniká nárok na pojistné plnění, pokud pojistná událost nastala v přímé či nepřímé souvislosti s úrazem nebo nemocí nebo spočívá v úrazu nebo nemoci:
 - a) způsobené přímým nebo nepřímým působením jaderné energie, ionizujících paprsků, radioaktivního nebo obdobného záření, s výjimkou případů, kdy k úrazu, nemoci a/nebo smrti došlo při léčebných postupech a zákrocích prováděných v souvislosti s úrazem nebo nemocí, na kterou se pojištění vztahuje;
 - b) vzniklé léčebnými postupy nebo zásahy, které si pojištěný na sobě sám provedl nebo si je nechal provést, pokud k nim nedošlo v souvislosti s úrazem nebo nemocí, na kterou se pojištění vztahuje;
 - c) způsobené psychickou poruchou či poruchou vědomí, vlivem léků, toxických a omamných látek v souvislosti se srdečním infarktem, mozkovou příhodou (s výjimkou připojištění vážných onemocnění), epileptickým záchvatem, cukrovkou apod.;
 - d) které způsobily drobné poškození kůže a sliznic, ale mají za následek vniknutí infekčního činitele, který dříve nebo později způsobí onemocnění (toto se nevztahuje na vzteklinu a tetanus);
 - e) které způsobily drobné poškození kůže bez chirurgického ošetření;
 - f) které vznikly před počátkem pojištění a pro než byl pojištěný před počátkem pojištění léčen, lékařsky sledován nebo byly v tomto období přítomny či diagnostikovány jejich příznaky.
 3. V pojištění nevzniká nárok na pojistné plnění, pokud pojistná událost nastala v přímé nebo nepřímé souvislosti s úrazem vzniklým při rizikových sportech či jiných činnostech se zvýšeným nebezpečím vzniku úrazu. Jedná se zejména o úrazy vzniklé:
 - a) při použití leteckých prostředků a při seskoku padákem s výjimkou úrazů, které pojištěný utrpí jako osoba dopravovaná letadlem určeným pro cestující veřejnost; za dopravovanou osobu se nepovažuje člen posádky letadla, jakož i jiná osoba činná při provozu nebo obsluze letadla;
 - b) při horolezectví, paraglidingu, bezmotorovém a motorovém sportovním létání, létání v balónech, při seskocích a letech s padákem z letadel i z výšin, při potápění (od 15 m), speleologii, bungee jumpingu, raftingu, canyoningu, vodních sportech na divoké vodě, pokusech o rekordy apod.;
 - c) při účasti na soutěžích v bojových sportech (karate, taekwondo, box, kickbox, judo apod.), v horské cyklistice a v jezdectví včetně oficiálních přípravných jízd;
 - d) při účasti na motoristických závodech a soutěžích a při přípravných jízdách k nim; pojistitel není povinen plnit ani v případech, kdy se pojištěný zúčastní těchto závodů a soutěží nebo přípravy na ně jako spoljezdec;
 - e) při účasti na celostátních nebo mezinárodních závodech v lyžování, snowboardingu, ve skocích na lyžích, závodech na bobech, skibobech, saních, skeletolech, apod. a při oficiálních tréninku k nim;
 - f) v souvislosti s profesionálním provozováním sportu. Profesionálním provozováním sportu se rozumí takové provozování sportu pojištěným, který v přímé či nepřímé souvislosti se sportovní činností pobírá příjem ze závislé činnosti (pracovního poměru) nebo jiný příjem (např. z nezávislé činnosti – OSVČ).

Článek 21: Specifické výluky pro některá připojištění

1. Při pojistné události v připojištění denní dávky při hospitalizaci následkem úrazu, pokud tato pojistná událost nastala v přímé či nepřímé souvislosti s úrazem nebo spočívá v úrazu, nevzniká nárok na pojistné plnění:
 - a) při léčbě alkoholismu, toxikómie a jiných závislostí;
 - b) v důsledku používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány;
 - c) z důvodu kosmetických úkonů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné;
 - d) při léčebných pobytech v lázeňských léčebnách, rehabilitačních centrech a sanatoriích;
 - e) při hospitalizaci pojištěného v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v léčebnách tuberkulózy a respiračních nemocí a v dalších odborných léčebných ústavech; u tuberkulózních onemocnění se pojistné plnění poskytuje ve smluvním rozsahu i v případě hospitalizace v tuberkulózních léčebnách a sanatoriích;
 - f) při hospitalizaci pojištěného v psychiatrických léčebnách a v jiných zdravotnických zařízeních v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu;
 - g) po požití alkoholu či v souvislosti s následky požívání alkoholu a/nebo jiných návykových či omamných látek;
 - h) při hospitalizaci související pouze s potřebou pečovatelské a opatrovnické péče.
2. Při pojistné události v připojištění denní dávky při hospitalizaci následkem nemoci, pokud tato pojistná událost nastala v přímé či nepřímé souvislosti s nemocí nebo spočívá v nemoci, nevzniká nárok na pojistné plnění:
 - a) při léčbě alkoholismu, toxikómie a jiných závislostí;
 - b) v důsledku používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány;
 - c) z důvodu kosmetických úkonů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné;
 - d) při léčebných pobytech v lázeňských léčebnách, rehabilitačních centrech a sanatoriích;
 - e) při hospitalizaci pojištěného v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v léčebnách tuberkulózy a respiračních nemocí a v dalších odborných léčebných ústavech; u tuberkulózních onemocnění se pojistné plnění poskytuje

ve smluvním rozsahu i v případě hospitalizace v tuberkulózních léčebnách a sanatoriích;

- f) při hospitalizaci pojištěného v psychiatrických léčebnách a v jiných zdravotnických zařízeních v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu;
 - g) po požití alkoholu či v souvislosti s následky požívání alkoholu a/nebo jiných návykových či omamných látek;
 - h) při hospitalizaci související pouze s potřebou pečovatelské a opatrovnické péče;
 - i) pro onemocnění páteře, jejich následky a komplikace po dobu 3 let od počátku tohoto připojištění za dobu hospitalizace (hospitalizaci) přesahující 1 měsíc.
3. Při pojistné události v připojištění denní dávky při pracovní neschopnosti, pokud tato pojistná událost nastala v přímé či nepřímé souvislosti s úrazem nebo nemocí nebo spočívá v úrazu nebo nemoci, nevzniká nárok na pojistné plnění:
- a) při léčbě alkoholismu, toxikománie a jiných závislostí;
 - b) v důsledku používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány;
 - c) z důvodu kosmetických úkonů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné;
 - d) při léčebných pobytech v lázeňských léčebnách, rehabilitačních centrech a sanatoriích;
 - e) pro onemocnění páteře, jejich následky a komplikace po dobu 3 let od počátku tohoto připojištění za dobu pracovní neschopnosti (pracovních neschopností) přesahující 1 měsíc;
 - f) v souvislosti s umělým přerušením těhotenství výhradně na žádost ženy (bez zdravotních důvodů k němu);
 - g) v důsledku duševního onemocnění či poruchy nebo změny psychického stavu; jedná se o diagnózy F00 až F99 dle mezinárodní klasifikace nemocí;
 - h) v souvislosti s porušením léčebného režimu pojištěného;
 - i) následkem pracovního úrazu nebo nemoci z povolání podle obecně závazného právního předpisu;
 - j) v důsledku, kdy se pojištěný nezdržuje v místě svého trvalého pobytu s těmito výjimkami:
 - pojištěný je v lékařsky nutném nemocničním ošetření;
 - opustil místo trvalého pobytu se souhlasem ošetřujícího lékaře;
 - v případě akutního onemocnění či úrazu je jeho návrat do místa trvalého pobytu z lékařského hlediska vyloučen.

Článek 22: Snížení pojistného plnění

1. Pojistitel má právo snížit pojistné plnění o jednu polovinu, došlo-li k úrazu následkem požití alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky pojištěným, a okolnosti, za kterých k úrazu došlo, to odůvodňují; měl-li však takový úraz za následek smrt pojištěného, sníží pojistitel pojistné plnění jen tehdy, jestliže k tomuto úrazu došlo v souvislosti s jedním pojištěným, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt. To neplatí, pokud léčbu větší prvky obsahovaly léky, které pojištěný užíval způsobem předepsaným pojištěnému lékařem, a pokud nebyl lékařem nebo výrobcem léku upozorněn, že v době aplikace těchto léků nelze vykonávat činnost, v jejímž důsledku došlo k úrazu.
2. Právo snížení pojistného plnění dle odst. 1 může pojistitel využít u:
 - pojištění pro případ smrti;
 - připojištění smrti úrazem;
 - připojištění trvalých následků úrazu;
 - připojištění vážných trvalých následků s rentou;
 - připojištění tělesného poškození organismu;
 - připojištění denní dávky při hospitalizaci následkem úrazu;
 - připojištění denní dávky při pracovní neschopnosti.

Článek 23: Změna činnosti pojištěného (změna pojistného rizika)

1. Každý pojištěný je povinen bezodkladně oznámit pojistiteli každou změnu druhu zaměstnání, sportovní, zábavní a jiné činnosti (dále jen „činnost“) uvedené v návrhu (pří sjednání pojištění) nebo později pojistiteli oznámené. Za tuto změnu se považuje i nová činnost pojištěného, kterou dříve nevykonával a tedy ji v návrhu neuvedl ani pojistiteli později neoznámil.
2. Pokud ze změny činnosti pojištěného vyplývá placení nižšího pojistného podle sazebníku pojistného platného dne, kdy k této změně došlo, platí toto pojistné od počátku pojistného období, ve kterém se pojistitel o této změně činnosti dozvěděl.
3. Pokud ze změny činnosti pojištěného vyplývá placení vyššího pojistného podle sazebníku pojistného platného dne počátku pojištění nebo jiná skutečnost, která by pojistitele vedla k uzavření (nebo změně) pojistné smlouvy za jiných podmínek, vzniká pojistiteli právo do 1 měsíce ode dne, kdy se o změně činnosti dozvěděl, navrhnout změnu pojistné smlouvy ode dne, kdy ke změně činnosti došlo. Pojistník je povinen se k tomuto návrhu vyjádřit do 1 měsíce ode dne jeho doručení, nebylo-li dohodnuto jinak.
4. Nesouhlasí-li pojistník se změnou pojistné smlouvy nebo nevyjádří-li se k této změně ve lhůtě podle předchozího odstavce, má pojistitel právo pojistnou smlouvu vypovědět, a to ve lhůtě 2 měsíců ode dne, kdy obdržel nesouhlas pojistníka se změnou pojistné smlouvy, nebo ode dne, kdy uplynula lhůta pro vyjádření pojistníka podle předchozího odstavce. V takovém případě pojistná smlouva zanikne uplynutím 8 dnů ode dne doručení výpovědi pojistníkoví.
5. Jestliže je nová činnost takového charakteru, že by v době uzavření pojistné smlouvy nebo její změny vedla pojistitele k tomu, aby tuto smlouvu vůbec neuzavřel, má pojistitel právo pojistnou smlouvu vypovědět ve lhůtě do 1 měsíce ode dne, kdy se o nové činnosti dozvěděl. V takovém případě pojistná smlouva zanikne uplynutím 8 dnů ode dne doručení výpovědi pojistníkoví.
6. Jestliže pojistitel pojistnou smlouvu ve stanovené lhůtě nevypověděl a ani nepředložil návrh na její změnu, nemůže se dodatečně dovolávat důsledků zvýšení pojistného rizika, není-li dále stanoveno jinak (odst. 8 až 10). Uvedená výpověď se může týkat i jen části pojistné smlouvy v případě, že základní pojištění a/nebo jednotlivá připojištění jsou zvýšením pojistného rizika dotčena různě; v těchto případech uplynutím osmidenní výpovědní lhůty zaniká pojistná smlouva jen tehdy, zaniká-li základní pojištění.
7. Pokud ze změny činnosti pojištěného vyplývá placení vyššího pojistného podle sazebníku pojistného platného dne počátku pojištění, poskytuje pojistitel pojištěnému plnou pojistnou ochranu bez zvýšení pojistného po dobu 3 měsíců

ode dne změny činnosti, není-li dříve dohodnuta změna pojistné smlouvy (jejíž účinnost již nastala).

8. Dojde-li v období po uplynutí tříměsíční lhůty po změně činnosti pojištěného k pojistné události, aniž by v souvislosti s touto změnou činnosti došlo k dohodě o placení vyššího pojistného podle odst. 3, nebo k jiné dohodě o změně pojištění, sníží pojistitel pojistné plnění z této pojistné události v poměru sjednaného pojistného k pojistnému, které by mu náleželo podle sazby platné pro novou činnost v den pojistné události.
9. Stejným způsobem jako v odst. 8 může být sníženo pojistné plnění i v případě, pokud pojistitel při šetření pojistné události dodatečně zjistí, že došlo ke změně činnosti pojištěného, za kterou by se mělo podle sazebníku pojistného platného dne počátku pojištění platit vyšší pojistné, a tato změna nebyla pojištěným oznámena.
10. Pokud pojistitel nenabízí pojistnou ochranu pro novou činnost pojištěného, je oprávněn odmítnout pojistné plnění z pojistných událostí, jež nastaly po uplynutí tříměsíční lhůty po změně činnosti pojištěného; odmítnutím pojistného plnění zanikne příslušné připojištění bez náhrady.

Článek 24: Pojistné

1. Pojistné je úplatou za pojištění. Výše pojistného se určuje podle sazeb pro jednotlivé druhy pojištění a připojištění a je uvedena v pojistné smlouvě.
2. Pojistné se platí buď najednou na celou dobu pojištění (jednorázové pojistné), nebo za dohodnutá pojistná období (běžné pojistné).
3. Pojistné je stanoveno na základě pojistné matematických metod tak, aby bylo dostatečné a umožňovalo pojistiteli trvalou splnitelnost všech jeho závazků vůči účastníkům pojištění i úhradu nákladů spojených s provozováním pojišťovací činnosti.
4. Pojistné se stanoví v závislosti na pojistném riziku. Součástí pojistného jsou též náklady spojené s uzavřením pojistné smlouvy a se správou pojištění. V pojistném je započtena technická úroková míra.
5. Výše pojistného se určuje v závislosti na vstupním věku a pohlaví pojištěného, na sjednané pojistné době, na výši sjednané pojistné částky, na druhu zaměstnání, sportovní, zábavní a jiné činnosti pojištěného podle sazeb pro jednotlivé druhy pojištění.
6. Pojistitel sníží vždy prvního každého měsíce podílové jednotky nakoupené za zaplacené pojistné a evidované na individuálním účtu o počet podílových jednotek odpovídajících měsíčnímu rizikovému pojistnému za pojištění pro případ smrti ze základního pojištění a měsíčnímu pojistnému za sjednaná připojištění. Převod měsíčního rizikového pojistného se realizuje v nejbližším investičním dni po jeho předepsání a zanesení na individuální účet.
7. Výše měsíčního rizikového pojistného za pojištění pro případ smrti ze základního pojištění se určuje pro každý měsíc během trvání pojištění v závislosti na aktuální výši pojistné částky, na aktuálním věku a pohlaví pojištěného.
8. Pojistitel má právo upravit nově výši pojistného u připojištění na další pojistné období v souvislosti se změnami podmínek rozhodných pro stanovení výše pojistného v případě, že:
 - a) skutečné náklady na pojistná plnění jsou vyšší než pojistitelem kalkulované náklady na pojistná plnění, nebo
 - b) se změni obecně závazné právní předpisy, kterými se řídí posuzování invalidity pro účely dávek z veřejného sociálního pojištění (zejm. zákona o důchodovém pojištění).
9. Pojistitel je povinen nově stanovenou výši pojistného sdělit pojistníkoví nejpozději ve lhůtě 2 měsíců před splatností pojistného za pojistné období, ve kterém se má výše pojistného změnit.
10. Pokud pojistník se změnou výše pojistného podle odst. 8 nesouhlasí, musí svůj nesouhlas uplatnit do 1 měsíce ode dne, kdy se o navrhované změně výše pojistného dozvěděl; v tomto případě pojištění zanikne uplynutím pojistného období, na které bylo pojistné zaplacené, nebylo-li dohodnuto jinak. Pojistitel je povinen ve sdělení o nově stanovené výši pojistného pojistníka na tento následek upozornit.
11. Vstupní věk pojištěného se stanoví rozdílem kalendářního roku počátku pojištění a roku narození pojištěného. Aktuální věk pojištěného se stanoví rozdílem aktuálního kalendářního roku trvání pojištění a roku narození pojištěného.
12. Běžné pojistné je splatné prvního dne pojistného období a jednorázové pojistné dnem počátku pojištění. Zaplacené pojistné se připisuje na individuální účet a převádí se na podílové jednotky.
13. První den prvního pojistného období je shodný s dnem počátku pojištění.
14. Pojistitel je oprávněn ze zaplaceného pojistného uhrazovat své pohledávky na pojistném (nebo jině) v pořadí, v jakém vznikly.
15. Přepjatky pojistného použije pojistitel na úhradu pojistného za další pojistná období, nepožádá-li pojistník o jejich vrácení.
16. Pokud pojistník nebylo zaplacené řádně (tj. zejména včas nebo ve sjednané výši), má pojistitel právo na úrok z prodlení. Výši úroku z prodlení určuje obecně závazný právní předpis. Řádně zaplaceným pojistným se rozumí pojistné, které bylo připsáno na pojistitelem určený účet, a to ve výši, méně a lhůtě stanovených v pojistné smlouvě, resp. v upomínce k zaplacení pojistného, a s identifikací platby (zejména variabilního symbolu) stanovenou pojistitelem. Pojistitel může dále stanovit, v jakých případech je možné uhradit pojistné jiným způsobem.
17. Pojištění zaniká dnem následujícím po marném uplynutím lhůty stanovené pojistitelem v upomínce k zaplacení pojistného nebo jeho části, doručené pojistníkoví; nestanoví-li zákon nebo pojistná smlouva jinak. Lhůta nesmí být kratší než 1 měsíc a upomínka musí obsahovat upozornění na zánik pojištění v případě nezaplacení důlného pojistného.
18. Pokud pojistné za další pojistné období nebylo zaplacené a pojištění by tak mělo být z tohoto důvodu přerušeno (čl. 25), změně se pojištění na pojištění bez dalšího placení pojistného, které bude trvat po dobu, kdy kapitálová hodnota pojištění bude kladná (redukce pojistné doby). Pojištění zaniká dnem, za který již nebylo z individuálního účtu odepsáno pojistné podle čl. 27 odst. 2.
19. Pojistitel má právo na pojistné (s výjimkou doby přerušování pojištění) a poplatky dle aktuálního sazebníku poplatků za dobu do zániku pojištění.
20. Pojistitel je povinen přijmout splatné pojistné a jiné splatné pohledávky z pojištění také od zástavního věřitele pojistníka, oprávněné osoby nebo pojištěného.
21. Pojistitel může kdykoliv v době trvání pojistné smlouvy zaplatit mimořádné pojistné. Minimální výše mimořádného pojistného je 1 000 Kč. Mimořádné pojistné přijaté od pojistníka v daném kalendářním měsíci se považuje za pojistné

uhrazené na tento kalendářní měsíc a u jednorázového pojistného na zbylou pojistnou dobu.

20. Mimořádné pojistné se platí na účet pojistitele určený k úhradě běžného (jednorázového) pojistného se specifickým symbolem 333. Pojistné zaplacené bez uvedení tohoto specifického symbolu se u pojistění za běžné pojistné považuje za běžné pojistné, u pojistění za jednorázové pojistné za mimořádné pojistné.
21. Specifický symbol 333 se neuvádí v případech platby prvního mimořádného pojistného současně s prvním běžným pojistným.
22. Je-li zaplacen mimořádné pojistné a v okamžiku připsání tohoto mimořádného pojistného na účet pojistitele je pojistník v prodlení s placením běžného pojistného, uhradí se z tohoto mimořádného pojistného nejprve dlužné běžné pojistné; zbývající část se nadále považuje za mimořádné pojistné. Pokud by celkové mimořádné pojistné na 1 i více smluv vztahujících se na 1 pojistěného mělo v kalendářním roce přesáhnout částku 1 mil. Kč, je zaplacení mimořádného pojistného, kterým by mělo dojít k překročení této částky, podmíněno předchozím souhlasem pojistitele.

Článek 25: Přerušení pojistění pro neplacení pojistného

1. Pokud pojistné nebylo zaplacen do 6 měsíců ode dne jeho splatnosti, pojistění se uplynutím této lhůty přeruší, nestanoví-li tyto pojistné podmínky jinak.
2. Za dobu přerušení pojistění netrvá povinnost platit pojistné a není právo na pojistné plnění ze škodních událostí, které nastaly v době přerušení a které by jinak byly pojistnými událostmi.
3. Doba přerušení pojistění se počítává do pojistné doby.
4. Přerušené pojistění se obnovuje k prvnímu dni měsíce nejbližší následujícího po zaplacení celého dlužného pojistného, dále pojistného, jehož splatnost má po tomto dni nejdříve nastat, pokud již dříve jinak nezaniklo.
5. Ke dni počátku přerušení pojistění pro neplacení pojistného se podílové jednotky všech podílových fondů evidované na individuálním účtu převedou na podílové jednotky WI-peněžního portfolia. Ke dni obnovení pojistění se podílové jednotky WI-peněžního portfolia převedou na podílové jednotky podílových fondů dle alokačního poměru platného ke dni ukončení přerušení pojistění. Převody podílových jednotek se uskuteční za nákupní a prodejní ceny podílových jednotek fondů k tomuto dni.
6. V době přerušení pojistění
 - nelze pojistníkem provádět změny pojistění uvedené v čl. 31 a 32;
 - nelze pojistníkem provádět změny podílových jednotek a změny alokačního poměru;
 - mohou být z individuálního účtu strhávány poplatky a náklady pojistitele spojené s přerušením pojistění, se správou pojistění, se správou fondů a případně jiné poplatky dle aktuálního sazebníku poplatků. Splátnost poplatků a nákladů je ke dni obnovení pojistění.

Článek 26: Přerušení placení pojistného

1. Placení pojistného může být přerušeno i opakovaně, pokud bylo pojistné placeno po dobu 12 kalendářních měsíců předcházejících dni počátku přerušení placení pojistného. První přerušení placení pojistného je možné po 24 měsících trvání pojistění. Placení pojistného se přerušuje na základě písemné žádosti pojistníka, a to k prvnímu dni nejbližší následujícího pojistného období po obdržení žádosti pojistitelem, není-li pojistníkem výslovně požadováno jinak; vždy však pouze k prvnímu dni pojistného období. Placení pojistného lze přerušit jen na celá pojistná období.
2. K přerušení placení pojistného může dojít, pokud by hodnota odkupného ke dni počátku přerušení placení pojistného byla vyšší než nula.
3. O přerušení placení pojistného nelze požádat zpětně. Pojistitel si vyhrazuje právo žádost o přerušení placení pojistného zamítnout.
4. Ke dni počátku přerušení placení pojistného se podílové jednotky všech podílových fondů evidované na individuálním účtu převedou na podílové jednotky WI-peněžního portfolia za nákupní a prodejní ceny podílových jednotek fondů k tomuto dni.
5. Není-li výslovně požadováno jinak, přerušuje se placení pojistného na 12 kalendářních měsíců, což je i maximální doba trvání jednoho přerušení. Přerušení placení pojistného lze zrušit písemným oznámením pojistiteli, a to k prvnímu dni nejbližší následujícího pojistného období po obdržení žádosti pojistitelem, není-li pojistníkem výslovně požadováno jinak; vždy však pouze k prvnímu dni pojistného období.
6. Ke dni zrušení přerušení placení pojistného jsou podílové jednotky WI-peněžního portfolia převedeny na podílové jednotky podílových fondů za nákupní a prodejní ceny podílových jednotek fondů k tomuto dni a dle alokačního poměru platného ke dni počátku přerušení.
7. Přerušení placení pojistného nemá vliv na splatnost pojistného, která nastala přede dnem počátku tohoto přerušení.
8. Za dobu přerušení placení pojistného netrvá povinnost platit pojistné a není dáno právo na pojistné plnění z událostí, které nastaly v době přerušení a které by byly jinak pojistnými událostmi.
9. Pojistník může požádat o to, aby pojistná ochrana trvala i v době přerušení placení pojistného. Pojistitel žádosti vyhová za předpokladu, že na individuálním účtu je dostatek prostředků na úhradu běžného pojistného a poplatků za celou dobu přerušení.
10. V době přerušení, není-li ujednáno jinak,
 - nelze pojistníkem provádět změny pojistění uvedené v čl. 31 a 32;
 - nelze pojistníkem provádět změny podílových jednotek a změny alokačního poměru;
 - pojistitel si z individuálního účtu strhává příslušnou část počátečních poplatků a poplatky pojistitele spojené s přerušením pojistění, se správou pojistění, se správou fondů a případně jiné poplatky dle aktuálního sazebníku poplatků,
 - pojistitel si z individuálního účtu strhává pojistné dle čl. 27 odst. 2, pokud trvá pojistná ochrana.
11. Doba přerušení placení pojistného se započítává do pojistné doby.
12. Placení pojistného nemůže být přerušeno, pokud je pojistné plnění (případně jiná výplata spojená s pojistěním) předmětem zástavního práva (analogicky platí pro postoupení pohledávky a tzv. vinkulaci).

Článek 27: Individuální účet

1. Ke dni počátku pojistění zřizuje pojistitel k pojistné smlouvě individuální účet. Na individuální účet pojistitel připsuje přijaté pojistné, výnosy z pro-

deje podílových jednotek fondů a eviduje zde nakoupené podílové jednotky fondů.

2. Pojistitel odepisuje z individuálního účtu část podílových jednotek, jejichž hodnota odpovídá částce:
 - měsíčního pojistného za pojistění pro případ smrti ze základního pojistění dohodnutému u pojistné smlouvy (bez mimořádného pojistného), a to ke dni jeho splatnosti,
 - měsíčního pojistného za sjednaná připojištění ke dni jeho splatnosti,
 - dílčího odkupného, půjčce,
 - poplatků za sjednání (dále jen „počáteční poplatky“) a správu pojistění, za přijetí mimořádného pojistného a poplatků spojených s nákupem nebo prodejem podílových jednotek fondů nebo s jejich správou dle sazebníku poplatků platného v den jejich odepsání z individuálního účtu,
 - dalších poplatků dle odst. 4.
3. Připisování podílových jednotek jednotlivých fondů na individuální účet slouží výhradně ke stanovení výše pojistného plnění a jiných nároků plynoucích z pojistění.
4. Pojistitel si může účtovat poplatek i za jiné úkony požadované pojistníkem, které jsou uvedeny v aktuálním sazebníku poplatků. Pojistitel je oprávněn sazebník poplatků jednostranně měnit.
5. Pojistitel zasláá pojistníkovi po ukončení kalendářního roku výpis z individuálního účtu.
6. Aktuální sazebník poplatků je k nahlédnutí v sídle pojistitele a na obchodních místech pojistitele, popř. na internetových stránkách pojistitele (www.wuestenrot.cz).

Článek 28: WI-portfolia, externí fondy, oceňování podílových jednotek

1. Pojistitel pro účely tohoto pojistění zřídil tato WI portfolia:
 - WI-dluhopisové portfolio,
 - WI-smíšené portfolio.Také jednotlivá WI-portfolia se od sebe liší typem investic, rizikem investic a očekávaným výnosem.
2. Každý fond je vztažen k odděleným a identifikovatelným aktivům pojistitele. Fondy se odlišují typem aktiv, ke kterým jsou vztaženy, a tím i výnosností a mírou rizika. Aktiva, k nimž jsou jednotlivé fondy vztaženy, a výnosy plynoucí z těchto aktiv jsou vlastnictvím pojistitele (resp. vlastníka externího fondu) a zůstávají jím po celou dobu trvání pojistění. Pojistění proto nezakládá žádný nárok na žádná z těchto aktiv, ani na žádné výnosy z těchto aktiv plynoucí.
3. Pojistník je při sjednání pojistění a během jeho trvání písemně nebo prostřednictvím internetových stránek pojistitele pravidelně informován o vývoji hodnot podílových jednotek fondu, o vývoji aktiv fondu, struktury investičních nástrojů a aktuálních strategií fondů.
4. Pojistitel je oprávněn založit nová WI-portfolia nebo zařadit nové externí fondy do aktuální nabídky na nákup podílových jednotek pro toto pojistění. Pojistitel je oprávněn zrušit již existující WI-portfolia, či zrušit nabídku toho kterého externího fondu (společně dále také jen „zrušení fondu“). Ke zrušení fondu může dojít zejména v případě, kdy hodnota fondu nestačí podle posouzení správce fondu k hospodárnému provozu fondu. Pojistitel v takovém případě alespoň dva měsíce před plánovaným zrušením fondu pošle pojistníkovi oznámení a navrhne nový alokační poměr nebo vyzve pojistníka k určení vlastního alokačního poměru. Prodej podílových jednotek pojistníka rušeného fondu je v tomto případě realizován bez poplatku za prodej podílových jednotek.
5. Pokud pojistník do 1 měsíce od obdržení oznámení o rušení fondu pojistitel písemně neoznámí nový alokační poměr pro fondy, které má pojistitel pro toto pojistění v nabídce, určí nový alokační poměr pojistitel do jednoho týdne po vypršení lhůty pojistníka. Podílové jednotky pojistníka se přemístí podle nového alokačního poměru za prodejní ceny a nákupní ceny platné v investičním dni následujícím po dni, kdy pojistitel obdrží rozhodnutí pojistníka o novém alokačním poměru, nebo po dni, kdy o novém alokačním poměru rozhodne pojistitel sám.
6. Pojistitel je oprávněn sám nebo na základě doporučení správce fondu, resp. zakladatel a vlastník externího fondu je oprávněn, rozdělit nebo sloučit podílové jednotky jednotlivých fondů, které vlastní. Tím se změni počet i hodnota podílových jednotek vázaných k fondu. Hodnota podílových jednotek pojistníka evidovaných na individuálním účtu u fondů, jejichž podílové jednotky se sloučily nebo rozdělily, se tímto nemění. Pojistník bude písemně vyrozuměn o aktuálním počtu podílových jednotek dotčených touto operací.
7. Pojistník, resp. pojistěný, který má možnost během pojistění měnit alokační poměr a rozhodovat o nákupech a prodejkách podílových jednotek, nese investiční riziko v plném rozsahu. Pojistitel ani správce fondu negarantují výnos z investic.

Článek 29: Umístění pojistného

1. Zaplacené pojistné použije pojistitel na nákup podílových jednotek fondů dle platného investičního programu, resp. alokačního poměru, a za nákupní cenu platnou v investičním dni.
2. Podílové jednotky nakupuje pojistitel ze zaplaceného pojistného v den připsání pojistného na individuální účet.
3. Zaplatí-li pojistník mimořádné pojistné, nakoupí pojistitel po odečtení počátečního poplatku za mimořádného pojistného podílové jednotky dle odst. 1 a 2.

Článek 30: Převod podílových jednotek a změna alokačního poměru

1. Na základě písemné žádosti pojistníka mohou být podílové jednotky jednoho fondu převedeny na podílové jednotky vázané k jiným fondům.
2. Pojistitel provede převod podílových jednotek formou prodeje původních podílových jednotek a nákupem nových ke pracovnímu dni následujícímu po dni, kdy žádost obdrží, a za prodejní a nákupní cenu podílových jednotek pro tento investiční den.
3. Pojistník může kdykoliv na základě písemného oznámení změnit alokační poměr, resp. investiční program.
4. Pojistitel provede změnu alokačního poměru k následujícímu pracovnímu dni po obdržení oznámení o jeho změně. Nový alokační poměr je platný pro pojistné zaplacené po provedení změny poměru pojistitelem.
5. Pojistitel může za změnu alokačního poměru z individuálního účtu srážet jednorázový poplatek podle aktuálního sazebníku poplatků.

Článek 31: Některé případy ukončení a změny pojištění

- Pojistitel nebo pojistník mohou vypovědět pojištění do 2 měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy. Dnem doručení výpovědi počíná běžet osmidenní výpovědní lhůta, jejímž uplynutím pojištění zaniká.
- Pojistník může vypovědět pojištění za jednorázové pojistné kdykoliv, nejdříve však ke konci prvního roku trvání pojištění. Výpovědní lhůta je tříměsíční a počíná běžet prvního dne měsíce následujícího po doručení výpovědi pojistiteli.
- Pojistník může vypovědět pojištění za běžné pojistné ke konci pojistného období. Výpověď musí být doručena alespoň 6 týdnů před uplynutím pojistného období, jinak je neplatná.
- Při zániku pojištění za jednorázové pojistné výpovědi po 1 roce trvání pojištění a při zániku pojištění za běžné pojistné výpovědi po 2 letech trvání pojištění vyplatí pojistitel odkupné. Výplatu odkupného pojištění zaniká. Pokud k datu ukončení pojištění nebyla vytvořena kladná kapitálová hodnota pojištění, je odkupné rovno nule.
- Odkupné u základního pojištění je kapitálová hodnota pojištění (čl. 1), snižena o ke dni zániku dosud neuhrazenou část počátečních nákladů vypočtenou pojištní matematickými metodami.
- Pojistník má právo kdykoli v době trvání pojištění požadovat po pojistiteli sdělení o tom, kolik by činila výše odkupného. Pojistitel výši odkupného sdělí ve lhůtě 1 měsíce ode dne obdržení žádosti pojistníka.
- Odkupné je splatné do 6ti týdnů ode dne zániku pojištění.
- Právo na výplatu odkupného není u žádného připojištění za běžné pojistné.
- Pojistník nebo pojistitel mohou vypovědět připojištění s běžným pojistným ke konci pojistného období. Výpověď musí být doručena alespoň 6 týdnů před uplynutím pojistného období, jinak je neplatná.
- Pojistník nebo pojistitel mohou vypovědět připojištění do 3 měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události. Dnem doručení výpovědi počíná běžet výpovědní lhůta 1 měsíce, jejímž uplynutím připojištění zaniká.
- Při zániku základního pojištění zanikají současně všechna připojištění.
- Pojistník, kterému vznikl nárok na odkupné a který nehodlá pokračovat v placení běžného pojistného, může požádat o zkrácení doby pojištění (redukce pojistné doby).
- Při redukcí pojistné doby zůstává zachováno právo pojistníka na výpověď pojištění s výplatu odkupného.
- Pojistník může požádat o změnu pojištění, pokud je celkové zaplacené pojistné (včetně mimořádného pojistného) za uplynulou dobu trvání pojištění vyšší nebo rovno než celkové pojistné dohodnuté v pojistné smlouvě za stejnou dobu.
- Pojistník může vždy k počátku následujícího pojistného období požádat o snížení sjednaných pojistných částek (nejdříve však po 2 letech trvání pojištění); pojistitel žádosti vyhoví a sdělí pojistníkovi novou výši běžného pojistného; výše běžného pojistného a pojistných částek však nemohou klesnout pod minimální částky vyžadované pojistitelem u nově sjednávaných pojištění.
- Pojistník může vždy k počátku následujícího měsíce:
 - požádat o zvýšení sjednaných pojistných částek; pojistitel žádosti vyhoví a sdělí pojistníkovi novou výši běžného pojistného za předpokladu, že při přezkoumání zdravotního stavu a činnosti pojištěného nevjdou najevo skutečnosti, které by zvýšení pojistných částek bránily;
 - požádat o zvýšení běžného pojistného; pojistitel žádosti vyhoví a sdělí pojistníkovi v případě připojištění novou výši pojistné částky stanovenou pro zvýšené pojistné;
 - požádat o předčasné ukončení některého nebo všech sjednaných připojištění nebo dodatečné sjednání dosud neuzavřeného připojištění; pojistitel žádosti vyhoví a sdělí pojistníkovi novou výši pojistného pro aktuálně uzavřená připojištění a základní pojištění.
- Pojistník může vždy k výročnímu dni počátku pojištění:
 - požádat o prodloužení pojistné doby nebo o zkrácení pojistné doby pojištění, které je možné nejdříve po uplynutí druhého roku trvání pojištění a za předpokladu, že je kapitálová hodnota pojištění upravená o neuhrazené počáteční náklady kladná;
 - požádat o nastavení pojištění do režimu indexování nebo jeho vyřazení z tohoto režimu.
- Žádost podle odst. 15, 16 a 17 je nutno doručit pojistiteli nejméně šest týdnů před výročním dnem počátku pojištění, k němuž má dojít ke změně pojištění.
- Pojistitel žádosti o změnu vyhoví za předpokladu, že je splněna podmínka v odst. 14 a že výše pojistného a pojistných částek neklesnou pod minimální částky vyžadované pojistitelem pro toto pojištění.
- Před provedením požadované změny podle odst. 15, odst. 16, písm. c) a odst. 17, písm. a) odepíše pojistitel jednorázové ke dni účinnosti změny alikvotní část nespacených počátečních nákladů odpovídajících kladné výši rozdilu původního pojištění a nového pojištění.
- Dojde-li ke změně pojištění podle odst. 16 a odst. 17, písm. a) a touto změnou se navýší pojistné, budou se do účinnosti této změny z navýšení pojistného z individuálního účtu odepisovat počáteční poplatky v procentuální výši a po stejnou dobu jako u nového pojištění.
- Pojistitel má právo na předčasné ukončení sjednaných připojištění u pojištění za běžné pojistné k počátku následujícího pojistného období nebo u pojištění za jednorázové pojistné k počátku následujícího měsíce. Přitom nemusí být splněny podmínky odst. 14 a 19.
- Zemře-li pojistník odlišný od pojištěného nebo zanikne-li bez právního nástupce pojistník odlišný od pojištěného, přechází práva a povinnosti tohoto pojistníka s účinností od okamžiku jeho smrti na pojištěného.
- Zodpoví-li pojistník nebo pojištěný při sjednávání pojistné smlouvy úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivě nebo neúplně písemně dotazy pojistitele týkající se sjednávání pojištění, má pojistitel právo od pojistné smlouvy odstoupit, jestliže při pravdivém a úplném zodpovězení dotazů by pojistnou smlouvu neuzavřel. Toto právo může pojistitel uplatnit do 2 měsíců ode dne, kdy takovou skutečnost zjistil, jinak právo zanikne. To platí i v případě změny pojistné smlouvy a také v případě nepravdivosti jakéhokoliv prohlášení pojistníka nebo pojištěného učiněné v souvislosti se sjednáváním nebo změnou pojistné smlouvy.
- Stejně právo odstoupit od pojistné smlouvy jako pojistitel má, za podmínek podle odst. 24, i pojistník, jestliže mu pojistitel nebo jím zmocněný zástupce nepravdivě nebo neúplně zodpověděl jeho písemné dotazy týkající se sjednávání pojištění. Odstoupení od pojistné smlouvy se zasílá do sídla pojistitele.
- Odstoupení od pojistné smlouvy musí být odůvodněno, musí z něj být zřejmé, ze které skutečnosti nebo skutečností odstupující své právo od pojistné smlouvy odstoupit odvozuje. Pokud pojistník neodůvodní své odstoupení od pojistné

smlouvy ani ve lhůtě písemně k tomu stanovené pojistitelem, považuje se toto odstoupení za neplatné. Lhůta nesmí být kratší 14 dnů. Za den doručení odstoupení od pojistné smlouvy se u dodatečně odůvodněného odstoupení považuje již den, kdy bylo pojistiteli doručeno neodůvodněné odstoupení od pojistné smlouvy.

- Odstoupením od pojistné smlouvy se pojistná smlouva od počátku ruší. Pojistitel je povinen bez zbytečného odkladu, nejpozději do 30 dnů ode dne odstoupení od pojistné smlouvy:
 - v případě odstoupení pojistníka vrátit zaplacené pojistné (nebo kapitálovou hodnotu pojištění ke dni odstoupení, je-li vyšší než zaplacené pojistné), od kterého se odečte to, co již z pojištění plnil (plnění z připojištění zproštění od placení pojistného se odečte v částce rovné z titulu tohoto připojištění pojistníkem nezaplacenému pojistnému);
 - v případě odstoupení pojistitele vyplatit kapitálovou hodnotu pojištění ke dni odstoupení, od které se odečte to, co již z pojištění plnil (plnění z připojištění zproštění od placení pojistného se odečte v částce rovné z titulu tohoto připojištění pojistníkem nezaplacenému pojistnému). Od vyplácené částky se dále odečítají i jednorázové náklady spojené se vznikem pojištění a náklady na správu pojištění zahrnuté v pojistném, případně další dodatečné náklady spojené se vznikem pojištění nebo s odstoupením od pojistné smlouvy.Pojistník nebo pojištěný, který není současně pojistníkem, popřípadě obmyšlený, je ve stejné lhůtě jako pojistitel povinen pojistiteli vrátit částku vypláceného pojistného plnění, která přesahuje výši zaplaceného pojistného nebo vyplácené kapitálové hodnoty pojištění.

Článek 32: Redukce pojištění

- Pojistník, kterému vznikl nárok na odkupné a který nehodlá pokračovat v placení běžného pojistného, může požádat o zkrácení pojistné doby (redukce pojistné doby) nebo o snížení pojistných částek pojištění (redukce pojistných částek) bez dalšího placení pojistného.
- Pojistník může požádat o redukcí pojistné doby nebo pojistných částek, pokud je celkové zaplacené pojistné (včetně mimořádných pojistných) za uplynulou dobu trvání pojištění vyšší než celkové minimální pojistné za stejnou dobu. V případě redukce pojistné doby musí být kapitálová hodnota pojištění ke dni účinnosti redukce rovna alespoň šestinásobku minimálního pojistného za celé pojištění. V případě redukce pojistných částek nesmí být redukován pojistné částky nižší než jsou pojistitelem pro toto pojištění stanovené minimální pojistné částky.
- Žádost o redukcí pojistné doby nebo pojistných částek je nutno doručit pojistiteli nejméně 1 měsíc před počátkem pojistného období, k němuž má dojít k redukcí pojištění.
- Při redukcí pojistné doby nebo pojistných částek zůstává zachováno právo pojistníka na výpověď pojištění s výplatu odkupného.
- Ke dni účinnosti redukce pojistné doby nebo pojistných částek se podílové jednotky všech fondů evidovaných na individuálním účtu převedou na podílové jednotky WI-peněžního portfolia po zbylou pojistnou dobu. Převody podílových jednotek se uskuteční za nákupní a prodejní ceny podílových jednotek fondů ke dni převodu.
- V době redukování pojištění
 - nelze pojistníkem provádět změny pojištění uvedené v čl. 31;
 - nelze pojistníkem provádět změny podílových jednotek a změny alokačního poměru;
 - jsou z individuálního účtu strhávány poplatky a náklady pojistitele spojené se správou pojištění, měsíční rizikové pojistné za pojištění pro případ smrti ze základního pojištění a za platná připojištění a případně jiné poplatky dle aktuálního sazebníku poplatků.
- Pojištění s redukovanou pojistnou dobou končí podle čl. 24, odst. 16, pojištění s redukovánými pojistnými částkami končí smrtí pojištěného nebo dožitím se sjednaného věku (konce pojištění).

Článek 33: Konec pojištění

- Za konec pojištění se považuje 1 den před výročním dnem počátku pojištění v kalendářním roce, v němž uplyne v pojistné smlouvě dohodnutá pojistná doba.
- Všechna sjednaná připojištění končí v den sjednaný jako konec pojištění, nejpozději však poslední den před výročním dnem počátku pojištění v kalendářním roce, v němž se má pojištění dožít věku 65 let.
- Pojistník a pojistitel se mohou dohodnout na zániku pojištění. V takové dohodě musí být určen okamžik zániku pojištění a dohodnut způsob vzájemného vyrovnání závazků.

Článek 34: Dílčí odkupné a půjčka

- Pojistitel poskytne pojistníkovi na základě jeho žádosti dílčí odkupné z běžného nebo jednorázového pojistného; o částku dílčího odkupného se sníží stav individuálního účtu (kapitálová hodnota pojištění) a příslušný počet podílových jednotek fondů dle platného alokačního poměru. Maximální možnou výši dílčího odkupného stanoví pojistitel podle pojistné matematických metod, maximálně však ve výši odkupného s tím, že zůstatek individuálního účtu, resp. podílových jednotek, po výplatě dílčího odkupného musí postačovat na úhradu minimálně šesti měsíčních rizikových pojistných, poplatků za správu a alikvotní část uzavíracího poplatku. Dílčí odkupné je vyplaceno do 6ti týdnů od doručení žádosti pojistiteli, žádost je možné podat nejdříve po 2 letech trvání pojištění za běžné pojistné a po 1 roce trvání pojištění za jednorázové pojistné.
- Pojistitel poskytne pojistníkovi na základě jeho žádosti dílčí odkupné ze zaplaceného mimořádného pojistného až do výše kapitálové hodnoty pojištění vypočtené jen z podílových jednotek vytvořených na základě tohoto mimořádného pojistného. Dílčí odkupné je vyplaceno do 6ti týdnů od doručení žádosti pojistiteli, žádost je možné podat kdykoliv v průběhu trvání pojištění.
- Právo na výplatu dílčího odkupného má pojistník do 6ti týdnů od doručení žádosti pojistiteli.
- Pojistitel může poskytnout pojistníkovi na základě jeho žádosti úročenou půjčku až do výše odkupného, na které by měl nárok v případě výpovědi pojištění. Podmínky poskytnutí, čerpání a splácení půjčky se dohodnou v samostatné smlouvě.
- Nastane-li pojistná událost, odečte se neumořena část půjčky včetně úroků od pojistného plnění.
- Půjčku nebo dílčí odkupné nelze poskytnout, pokud je pojistné plnění z pojistné smlouvy předmětem zástavní smlouvy nebo postoupeno.

Článek 35: Ochrana proti inflaci

1. Ochrana proti inflaci (dále jen „Indexace“) je automatické zvyšování pojistných částek a pojistného k výročnímu dni počátku pojištění. Indexaci lze sjednat jen v pojištění za běžné pojistné a neprovádí se poslední rok trvání pojištění.
2. Indexace se provádí podle indexu spotřebitelských cen vyhlášeného Českým statistickým úřadem. Index zvýšení pojistné částky stanoví pojistitel. Pokud je roční růst spotřebitelských cen menší než 4 %, použije se index 1,04. Ze zvýšení pojistné částky pojistitel vypočte zvýšení pojistného podle pojistné matematických metod.
3. Pojistník obdrží sdělení o nové výši pojistného a pojistných částek nejméně jeden měsíc před výročním dnem počátku pojištění. Pokud pojistitel před tímto dnem obdrží žádost pojistníka o ponechání dosavadní výše pojistného a pojistné částky, vyhoví této žádosti. Odmítne-li pojistník indexaci v jednom roce, pak není indexace prováděna ani v dalších letech.
4. Indexace se vztahuje na všechny druhy pojištění sjednané v jedné pojistné smlouvě.
5. Provádění indexace je ukončeno, pokud vznikl nárok na zproštění od placení pojistného.

Článek 36: Závěrečná ustanovení

1. Pojistník informuje bezodkladně pojistitele o každé změně své adresy místa trvalého pobytu nebo adresy místa trvalého pobytu pojištěného.
2. Pojistitel zasílá pojistníkovi nebo pojištěnému poštovní zásilky (včetně jiných písemností) na jejich poslední pojistiteli známou korespondenční adresu v České republice. Pokud tyto přesídlí do ciziny, musí pojistiteli sdělit dodací adresu

na území České republiky a jméno a příjmení osoby na tomtéž území, kterou zplnomocnili k přijímání zásilek od pojistitele.

3. Pokud poštovní zásilka zasláná pojistitelem nezastihla adresáta na poslední korespondenční adrese známé pojistiteli, za den doručení se považuje den, kdy se zásilka dostala do dispozice adresáta na této korespondenční adrese, nebo třetí den po uložení písemnosti u držitele poštovní licence, pokud byla písemnost takto uložena, a to i když se adresát o uložení nedozvěděl. Odepře-li adresát písemnost převzít, je písemnost doručena dnem, kdy její přijetí bylo odepřeno; adresát o důsledku odepření převzetí nemusí být poučen.
4. Veškerá sdělení, oznámení, žádosti a stížnosti týkající se pojištění se podávají písemně, v českém jazyce, ve formě předepsané pojistitelem. Veškeré předkládané doklady v jiném než českém jazyce musejí být úředně přeloženy do českého jazyka (to neplatí pro doklady ve slovenském jazyce). Sdělení pojistiteli (např. výpověď, odstoupení) jsou účinná jejich doručením do sídla pojistitele.
5. Stížnosti se vyřizují ve lhůtě do 1 měsíce od data doručení do sídla pojistitele. Pokud stížnost vyžaduje delší čas k vyřízení, vyrozumí pojistitel písemně stěžovatele o prodloužení lhůty na 2 měsíce. Uvedené lhůty neběží, je-li šetření stížnosti znemožněno nebo ztíženo z viny pojistníka, pojištěného nebo oprávněné osoby.
6. Není-li pojistník, pojištěný nebo oprávněná osoba spokojena se stanoviskem pojistitele ke stížnosti, může stížnost postoupit České národní bance.

Článek 37: Účinnost

Tyto pojistné podmínky se vztahují na pojištění sjednaná pojistitelem od 1.9.2010.

Tabulka pro stanovení trvalých následků úrazu (Tabulka TNÚ)

Stupeň poškození při úplné ztrátě orgánu nebo úplné ztrátě funkce	
Jedné horní končetiny od ramenního kloubu	70 %
Jedné horní končetiny do výše nad loket	65 %
Jedné horní končetiny do výše pod loket nebo jedné ruky	60 %
Jednoho palce ruky	20 %
Jednoho ukazováku	10 %
Jednoho jiného prstu u ruky	5 %
Jedné dolní končetiny až do výše nad polovinu stehna	70 %
Jedné dolní končetiny až do výše poloviny stehna	60 %
Jedné dolní končetiny do poloviny lýtky nebo jednoho chodidla	50 %
Jednoho palce u nohy	5 %
Jednoho jiného prstu u nohy	2 %
Zraku obou očí	100 %
Zraku jednoho oka	35 %
Sluchu obou uší	60 %
Sluchu jednoho ucha	15 %
Smyslu čichového	10 %
Smyslu chuťového	5 %
Jedné ledviny	20%
Obou ledvin	50%
Sleziny	15%
Jednoho zubu (kromě mléčného zubu)	1%

Uvedené hodnoty jsou maximálním procentuálním ohodnocením stupně poškození při úplné ztrátě orgánu nebo úplné ztrátě funkce. Při výpočtu pojistného plnění se vychází ze sjednané pojistné částky.

Tabulka pro stanovení pojistného plnění za trvalé následky úrazu s progresivním plněním (Tabulka TNÚP)

Stupeň poškození v % určený podle Tabulky TNÚ	Pojistné plnění	Stupeň poškození v % určený podle Tabulky TNÚ	Pojistné plnění	Stupeň poškození v % určený podle Tabulky TNÚ	Pojistné plnění	Stupeň poškození v % určený podle Tabulky TNÚ	Pojistné plnění
1	1%	26	26%	51	71%	76	191%
2	2%	27	27%	52	73%	77	199%
3	3%	28	28%	53	76%	78	207%
4	4%	29	29%	54	80%	79	216%
5	5%	30	31%	55	83%	80	224%
6	6%	31	32%	56	86%	81	234%
7	7%	32	33%	57	90%	82	243%
8	8%	33	34%	58	93%	83	253%
9	9%	34	36%	59	97%	84	263%
10	10%	35	37%	60	101%	85	274%
11	11%	36	39%	61	105%	86	285%
12	12%	37	40%	62	109%	87	297%
13	13%	38	42%	63	114%	88	309%
14	14%	39	44%	64	118%	89	321%
15	15%	40	45%	65	123%	90	334%
16	16%	41	47%	66	128%	91	348%
17	17%	42	49%	67	134%	92	362%
18	18%	43	51%	68	139%	93	377%
19	19%	44	53%	69	145%	94	392%
20	20%	45	56%	70	151%	95	408%
21	21%	46	58%	71	157%	96	425%
22	22%	47	60%	72	163%	97	442%
23	23%	48	63%	73	170%	98	460%
24	24%	49	65%	74	177%	99	479%
25	25%	50	68%	75	184%	100	500%

Tabulka pro tělesné poškození organismu (Tabulka TPOU)

HLAVA			KRK					
Skalpce hlavy s kožním defektem			047	komplikovaná cizím tělískem nemagnetickým v očníci	10%	088	Poleptání dutiny ústní a celé oblasti krku	7%
001	částečná	5%	048	komplikovaná cizím tělískem magnetickým v očníci	6%	089	Prodávání jícnu	7-22%
002	úplná	14%				049	pohmoždění oka prosté	3%
003	Pohmoždění hlavy bez otřesu mozku	2%	Pohmoždění oka s krvácením do přední komory			Zlomenina jazyky nebo chrupavky hrtanu		
004	Pohmoždění obličeje	2%	050	bez komplikací	7%	091	léčená konzervativně	8%
005	Vymknutí dolní čelisti (jednostranné i oboustranné)	3%	051	komplikované druhotným zvýšením tlaku, vyžadující chirurgické ošetření	13%	092	léčená operačně	15%
006	Podvrtnutí čelistního kloubu	0%				Pohmoždění oka s natržením duhovky		
007	Zlomenina spodiny lebeční	30%	052	bez komplikací	5%	HRUDNÍK		
Zlomenina klenby lebeční			053	komplikované zánětem duhovky	10%	094	Úrazové roztržení plic (CT vyšetření)	8-18%
008	bez vpáčení úlomků	7%				054	komplikované pouřazovým šedým záklalem	9%
009	s vpáčením úlomků	14%	Subluxace čočky			096	Úrazové roztržení bránice	22%
Za úplné zlomeniny se považují i fisury kostí lebečních (týká se položky 007 až 009).			055	bez komplikací	5%	097	Pohmoždění stěny hrudní	1%
010	Zlomenina okraje očníce	10%	056	komplikovaná druhotným zvýšením nitroočního tlaku, vyžadující chirurgické ošetření	10%	098	Pohmoždění stěny hrudní těžkého stupně (rozsáhlé hematomy a pracovní neschopnost)	3%
Zlomenina kostí nosních						Luxace čočky		
011	bez posunutí úlomků	3%	057	komplikovaná druhotným zvýšením nitroočního tlaku, vyžadující chirurgické ošetření	20%	099	bez posunutí úlomků	5%
012	s posunutím úlomků	4%				100	s posunutím úlomků	9%
013	Zlomenina přepážky nosní	3%	058	komplikovaná druhotným zvýšením nitroočního tlaku, vyžadující chirurgické ošetření	20%	101	jednoho žebra	5%
014	Zlomenina kosti lícní	10%	Krvácení do sklivce a sítnice			102	dvou až pěti žeber	8%
Zlomenina dolní čelisti			059	bez komplikací	22%	103	více než pěti žeber	14%
015	bez posunutí úlomků	8%				060	komplikované druhotným zvýšením nitroočního tlaku, vyžadující chirurgické ošetření	27%
016	s posunutím úlomků	14%	061	Otřes sítnice	3%			
Zlomenina horní čelisti			062	Rohovkový vřed pouřazový	9%	105	více než čtyř žeber	14%
017	bez posunutí úlomků	12%	063	komplikované druhotným zvýšením nitroočního tlaku, vyžadující chirurgické ošetření	27%	106	Dvířková zlomenina kosti hrudní (léčená operačně)	18%
018	s posunutím úlomků	22%				Popálení nebo poleptání		
019	Zlomenina dásňového výběžku horní nebo dolní čelisti	8%	064	rohovkového parenchymu	40%	107	plášťový zavřený	7%
020	Zlomenina komplexu kosti jármové a horní čelisti	14%	065	Povrchní oděrka rohovky	2%	108	s drenáží	9%
			066	Odchlípení sítnice vzniklé jako přímý následek poranění oka zjištěný lékařem	16%	109	Pouřazový mediastinální nebo podkožní emfysem	14%
Sdružené zlomeniny Le Fort			067	Úrazové postižení zrakového nervu a chiasmatu	20%	110	Pouřazový pneumotorax otevřený nebo ventilový	14-50%
021	Le Fort I.	14%	068	Zlomení stěny vedlejší dutiny nosní s podkožním emfysemem	3%	Pouřazové krvácení do hrudníku		
022	Le Fort II.	22%				111	léčené konzervativně	7%
023	Le Fort III.	42%	069	Zlomení nosních kůstek přerušující slzné cesty	7%	BŘICHO		
OKO			070	Poranění oka vyžadující bezprostřední vymezení oka	16%	113	Pohmoždění stěny břišní	2%
Tržná nebo řezná rána víčka			071	Poranění oko vyžadující bezprostřední vymezení oka	10%	114	Pohmoždění stěny břišní těžkého stupně (rozsáhlé hematomy a pracovní neschopnost)	3%
024	chirurgicky ošetřená	3%						
025	přerušující slzné cesty	5%	073	Rozsáhlé krvavé poranění boltce a zvukovodu	7%	116	Rána pronikající do dutiny břišní (bez poranění nitrobřišních orgánů)	5%
026	popálení kůže víček	5%	074	Traumatické poškození sluchu	5%	117	Roztržení jater léčené operačně	10%
Zánět slzného vádka prokazatelně po zranění			Prodávání bubínku s druhotnou infekcí			118	Zhmoždění sleziny (sonografie)	6%
027	léčený konzervativně	2%	075	léčené ambulantně	5%	119	Roztržení sleziny léčené operačně	8%
028	léčený operačně	7%	076	léčené hospitalizací	7%	Roztržení (rozzhmoždění) slinivky břišní		
Poleptání (popálení) spojivky			077	Otřes labyrintu	7%	120	léčené konzervativně	15%
029	prvního stupně	2%	ZUBY			121	léčené operačně	22%
030	druhého stupně	3%	Ztráta nebo nutná extrakce způsobená úrazem (nikoliv skousnutím)			122	Úrazové prodávání žaludku	8%
031	třetího stupně	3-7%	078	za jeden zub	1%	123	Úrazové prodávání dvanáctníku	10%
						UCHO		
032	perforace v přechodné řase s krvácením (bez poranění bělimy), rána spojivky chirurgicky ošetřená	2%	079	za dva zuby	2%	124	bez resekce	6%
			072	Pohmoždění boltce s krevním výronem	1%	125	s resekci	8%
Hluboká rána rohovky bez prodávání			080	za tři zuby	3%	Roztržení nebo přetržení tlustého střeva		
033	bez komplikací	4%	081	za čtyři zuby	4%	126	bez resekce	10%
034	komplikovaná šedým záklalem pouřazovým	8%	082	za pět a více zubů	5%	127	s resekci	15%
035	komplikovaná nitroočním zánětem	9%	Roztržení nebo přetržení okruží (mesenteria)			128	bez resekce	10%
			073	Úrazové uvolnění závěsného vazového aparátu jednoho i více zubů (subluxace, luxace, reimplantace) s nutnou fixační dlahou	0%	129	s resekci střeva	15%
Rána rohovky nebo bělimy s prodáváním léčená konzervativně			074	Traumatické poškození sluchu	5%	ÚSTROJÍ UROGENITÁLNÍ		
036	bez komplikací	5%	Ztráta nebo nutná extrakce způsobená úrazem (nikoliv skousnutím)			130	Pohmoždění ledviny s haematurií	5%
037	komplikovaná pouřazovým šedým záklalem	8%	Hodnocení se týká pouze zubů I - V. Vpravo a vlevo nahoře i dole.			131	Pohmoždění pyje	5%
038	komplikovaná nitroočním zánětem	10%	Jako ztráta zubu se hodnotí i odlomení části korunky vitálního zubu. Podmínkou pro poskytnutí pojistného plnění je ohrožení vitality dřeně vyžadující léčeni.			132	Pohmoždění varlat a šourku	5%
			075	léčené ambulantně	5%	Pohmoždění varlat vedoucí ke ztrátě		
039	komplikovaná nitroočním tělískem nemagnetickým	10%	076	léčené hospitalizací	7%	133	jednoho varlete	10%
			077	Otřes labyrintu	7%	134	obou varlat	14%
Rána rohovky a bělimy s prodáváním léčená chirurgicky			078	za jeden zub	1%	135	Pohmoždění zevního genitálu ženy	5%
040	bez komplikací	8%	079	za dva zuby	2%			
041	komplikovaná výhřezem duhovky nebo uskřínutím duhovky	14%	080	za tři zuby	3%			
042	komplikovaná šedým záklalem pouřazovým	10%	081	za čtyři zuby	4%			
043	komplikovaná nitroočním zánětem	14%	082	za pět a více zubů	5%			
044	komplikovaná cizím tělískem nitroočním nemagnetickým	14%	083	Vyrazení nebo poškození umělých a dočasných zubů	0%			
045	komplikovaná cizím tělískem nitroočním magnetickým	10%	084	za jeden zub	1%			
Rána pronikající do očníce			085	za každý další zub	1%			
046	bez komplikací	4%	086	za jeden zub	1%			
			087	za každý další zub	1%			

Roztržení nebo rozdrčení ledviny	178	více než dvou prstů	18%	216	Nitrokloubní zlomenina dolního konce kosti pažní léčená konzervativně	8%	
136 léčené konzervativně	10%	Úplné přerušení šlach natahovačů					
137 léčené operačně	18%	179	jednoho prstu nebo dvou prstů (léčené operačně)	10%	217	Nitrokloubní zlomenina dolního konce kosti pažní léčená operačně	12%
138 vedoucí k odnětí ledviny	30%						
139 Roztržení močového měchýře	12%	180	více než dvou prstů (léčené operačně)	14%	218	Zlomenina epikondylu kosti pažní léčená konzervativně	6%
140 Roztržení močové roury	14%						
PÁTEŘ							
Pohmoždění (kontuze)							
141 Pohmoždění krajiny krční páteře	1%	181	Úplné přerušení šlach ohýbačů nebo natahovačů ruky v zápěstí bez poranění nervu mediálního nebo ulnárního (operační šití)	8%	219	Zlomenina zevního epikondylu kosti pažní léčená operačně	8%
142 Pohmoždění krajiny krční páteře těžkého stupně (fixace a pracovní neschopnost)	3%						
143 Pohmoždění krajiny hrudní páteře	1%	182	Natržení svalu nebo šlachy v oblasti ramene (pracovní neschopnost a potvrzené sono vyšetřením)	6%	Zlomeniny kosti loketní		
144 Pohmoždění krajiny bederní páteře	1%				Zlomenina okovce kosti loketní		
145 Pohmoždění sakrální páteře a kostrče	1%	183	Úplné přetržení svalu nebo šlachy v oblasti ramene léčené operačně	7%	220	léčená konzervativně	6%
146 Podvrtnutí (distorze) krční páteře (RTG vyšetření a hospitalizace nebo pracovní neschopnost)	4%				Není-li sono vyšetření provedeno, je nutná diagnostika a ošetření chirurgem či ortopedem.		221
		184	Úplné přetržení svalu nebo šlachy v oblasti ramene léčené operačně	7%	Zlomenina koronového výběžku kosti loketní		
Vymknutí (luxace) (potvrzené RTG vyšetřením)							
147 Vymknutí atlantookcipitální	42%	Přetržení (odtržení) šlachy dlouhé hlavy dvouhlavého svalu pažního			222	léčená konzervativně	6%
148 Vymknutí krční páteře	42%	185	léčené konzervativně	4%	223	léčená operačně	8%
149 Vymknutí hrudní páteře	42%	186	léčené operačně	8%	Zlomenina těla kosti loketní		
150 Vymknutí bederní páteře	42%	187	Natržení jiného svalu (závěsný fixační obvaz)	2%	224	neúplná	6%
151 Vymknutí kostrče	7%				225	úplná	10%
Zlomenina (fraktura)							
152 Zlomenina jednoho trnového výběžku	4%	Podvrtnutí (distorze)			Zlomenina bodcovitého výběžku kosti loketní		
153 Zlomenina více trnových výběžků	6%	188	Podvrtnutí skloubení mezi klíčkem a lopatkou	2%	Zlomeniny kosti vřetení		
154 Zlomenina jednoho příčného výběžku	4%	189	Podvrtnutí skloubení mezi klíčkem a kostí hrudní	2%	Zlomenina hlavičky nebo krčku kosti vřetení		
155 Zlomenina více příčných výběžků	6%				190	Podvrtnutí ramenního kloubu	2%
156 Zlomenina kloubního výběžku	8%	191	Podvrtnutí loketního kloubu (podmínkou pro hodnocení je pevná fixace)	2%	228	úplná	10%
157 Zlomenina oblouku	10%				192	Podvrtnutí zápěstí (podmínkou pro hodnocení je pevná fixace)	4%
158 Zlomenina zubu čepovce (dens epistrophei)	42%	Podvrtnutí základních nebo mezičlávkových kloubů prstů ruky			229	bez posunutí úlomků	6%
Kompresivní zlomeniny těl obratlů krčních, hrudních nebo bederních se snížením přední části těla		193	jednoho prstu	2%	230	s posunutím úlomků	8%
159 léčené konzervativně	10%	194	několika prstů	3%	Zlomenina dolního konce kosti vřetení (Collesova, Smithova, zlomenina distální epifysy s/bez odlomení(m) bodcovitého výběžku kosti loketní)		
160 léčené operačně	15-34%	Vymknutí (luxace)			231	neúplná	6%
Roztříštěné zlomeniny těl obratlů krčních, hrudních nebo bederních		Musí být provedeno RTG vyšetření před repozicí kloubu a repozice lékařem, jinak se hodnotí jako distorze (podmínka repozice nemusí být splněna u položky 195.			232	úplná	10%
161 bez komplikací	60%	Vymknutí kloubu mezi klíčkem a kostí hrudní			Ostatní zlomeniny		
162 s transverzální lézí míšni	100%	195	léčené konzervativně	4%	Zlomenina obou kostí předloktí		
163 Výhřez meziobratlové ploténky bez současné zlomeniny obratle (nepřipouští analogické hodnocení)	0%	196	léčené operačně	7%	233	neúplná	10%
PÁNEV							
164 Okrajové abrupce lopaty kosti kyčelní, sedacího hrbolu, raménka stydké kosti, symfýza	6%	Vymknutí kloubu mezi klíčkem a lopatkou			234	úplná	14%
165 Poranění z předozadní a bočné komprese	18%	197	léčené konzervativně	4%	235	Monteggia luxační zlomenina předloktí	20%
		198	léčené operačně	9%			
166 Zlomeniny z vertikálního stříhu s lézí SI komplexu	26%	Vymknutí kosti pažní (ramene)			Zlomenina kosti člunkové		
ACETABULUM							
167 Zlomenina zadní nebo přední hrany	14%	199	léčené konzervativně	7%	236	neúplná	8%
168 Zlomenina zadního nebo předního pilíře a transverzální zlomeniny	18%	200	léčené operačně	10%	237	úplná	20%
		Dojde-li k první luxaci ramenního kloubu před počátkem pojištění, za luxace vzniklé v době trvání pojištění neposkytuje pojišťitel pojistné plnění.			Zlomenina jiné kosti zápěstí než člunkové		
169 Kombinované zlomeniny – T zlomeniny, zlomeniny obou pilířů	22%	Vymknutí zápěstí (kosti měsíční a luxace perilunární)			238	neúplná (sádrová fixace)	5%
170 Luxace kyčle se zlomeninou acetabula	26%	203	léčené konzervativně	10%	239	úplná	8%
		204	léčené operačně	20%	240	Zlomenina několika kostí zápěstních	10%
HORNÍ KONČETINA							
Pohmoždění (kontuze)							
171 Pohmoždění paže	1%	205	jedné	5%	241	Luxační zlomenina base první kosti záprstní (Bennetova)	10%
172 Pohmoždění předloktí	1%	206	několika	8%			
173 Pohmoždění ruky	1%	Vymknutí základních nebo druhých a třetích článků			Zlomenina jedné kosti záprstní		
174 Pohmoždění jednoho či více prstů ruky	1%	207	jednoho nebo dvou prstů	6%	242	neúplná	5%
		208	tří a více prstů	8%	243	úplná	6%
175 Pohmoždění kloubu horní končetiny	1%	Zlomenina (fraktura)			Zlomenina několika kostí záprstních		
		209	Zlomenina lopatky	6%	244	bez posunutí úlomků	7%
<i>Tělesná poškození uvedená pod položkou 174 a 175 lze hodnotit analogicky jako podvrtnutí, odpovídá-li způsob léčení podmínkám pro hodnocení podvrtnutí.</i>							
Poranění svalů a šlach							
176 Neúplné přerušení šlach natahovačů nebo ohýbačů na prstu nebo na ruce	6%	210	léčená konzervativně	5%	245	s posunutím úlomků	10%
		211	léčená operačně	8%	Zlomenina jednoho prstu		
Úplné přerušení šlach ohýbačů (sutura)							
177 jednoho prstu nebo dvou prstů	10%	212	Zlomenina horního konce kosti pažní léčená konzervativně	5%	246	neúplná	5%
Zlomeniny kosti pažní							
176 Neúplné přerušení šlach natahovačů nebo ohýbačů na prstu nebo na ruce	6%	213	Zlomenina horního konce kosti pažní léčená operačně	10%	247	úplná	6%
		214	Zlomenina těla kosti pažní	10%	248	abrupce dorzální aponeurozy	7%
177 jednoho prstu nebo dvou prstů	10%	215	Zlomenina kosti pažní nad kondyly	7%	Zlomenina článků dvou nebo více prstů		
		215	Zlomenina kosti pažní nad kondyly	7%	249	neúplná	7%
<i>Za infrakce, fisury, odlomení hran kostí a malých úlomků s úponem vazů nebo svalů, za subperiostální zlomeniny a odloučení epifýs (epifyseolysy) se hodnotí v rozsahu uvedeném pro neúplné zlomeniny; pokud neúplná zlomenina není uvedena, hodnotí se polovinou z uvedených procent za zlomeninu nebo polovinou z uvedených procent za úplnou zlomeninu bez posunutí úlomků.</i>							
Amputace (snesení)							
				251	Exartikulace v ramenním kloubu	30%	
				252	Amputace paže	30%	
				253	Amputace předloktí	30%	
				254	Amputace ruky	30%	
				255	Amputace všech prstů	30%	
				256	Amputace prstu nebo jeho části ve středním nebo proximálním článku s kostí	8%	
				257	Amputace části prstu v distálním článku s kostí	6%	
				258	Amputace palce nebo jeho části s kostí v proximálním článku (více než polovina prstu)	8%	

259	Amputace části palce s kostí v distálním článku (méně než polovina prstu)	6%	Vymknutí (luxace) <i>Podmínkou pro poskytnutí pojistného plnění je provedení RTG vyšetření před repozicí kloubu lékařem a pracovní neschopnost. Nejsou-li tyto podmínky splněny, plnění se stanoví podle stejných zásad jako u distorze (podmínka repozice nemusí být splněna u položky 286).</i>		331	Zlomenina kůstek zánártních několika prstů	10%		
DOLNÍ KONČETINA					Zlomenina článku palce				
Pohmoždění (kontuze)					332	koncového	4%		
260	Pohmoždění kyčelního kloubu	1%	285	Vymknutí stehenní kosti v kyčli	10%	333	základního	7%	
261	Pohmoždění kolenního kloubu	1%	286	Traumatické vymknutí česky	8%	334	Zlomenina jednoho článku jiného prstu než palce	3%	
262	Pohmoždění hlezenného kloubu	1%	287	Vymknutí hlezenné kosti	20%	335	Zlomenina článků několika prstů nebo několika článků jednoho prstu	5%	
263	Pohmoždění stehna	1%	288	Vymknutí pod hlezennou kostí	10%				
264	Pohmoždění bérce	1%	289	Vymknutí kosti ločkovité, krychlové nebo kostí klínových	10%	<i>Nejsou-li tělesná poškození podle položky 329 až 335 léčena sádrovou fixací nebo operačně, je nutná pracovní neschopnost alespoň 14 dnů. U položky 332 až 335 se jako analogický způsob ošetření uznává i použití náplastové fixace.</i>			
265	Pohmoždění nohy	1%							
266	Pohmoždění jednoho nebo několika prstů nohy	1%	290	Vymknutí jedné nebo několika zánártních kostí	8%	<i>Za infrakce, fisury, odlomení hran kostí a malých úlomků s úponem vazů nebo svalu, za subperiostální zlomeniny a odloučení epifyz (epifyseolysy) poskytuje pojistitel pojistné plnění v rozsahu uvedeném pro neúplně zlomeniny; pokud neúplně zlomenina není uvedena, poskytuje pojistitel pojistné plnění ve výši jedné poloviny hodnocení za zlomeninu.</i>			
<i>Tělesná poškození uvedená pod položkou 260, 261, 262 a 266 lze hodnotit analogicky jako podvrtnutí, odpovídá-li způsobu léčení podmínkám pro hodnocení podvrtnutí.</i>			Vymknutí základních kloubů prstů nohy						
Poranění svalů a šlach			Vymknutí mezičlánkových kloubů prstů nohy						
267	Natržení většího svalu nebo šlachy	4%	291	jednoho prstu mimo palec	3%	<i>Amputace ostatních prstů nohy nebo jejich částí s kostí</i>			
Přetržení většího svalu nebo šlachy			292	palce nebo několika prstů	5%				
268	léčené konzervativně (pracovní neschopnost a potvrzení sono vyšetřením)	6%	293	jednoho prstu mimo palec	2%	AMPUTACE (SNESENÍ)			
269	léčené operačně	8%	294	palce nebo několika prstů	4%				
<i>Není-li u položky 267 a 268 splněna podmínka sono vyšetření, je nutná diagnostika a ošetření chirurgem či ortopedem.</i>			Zlomenina (fraktura)						
270	Natržení Achillovy šlachy (parciální ruptura)	3%	Zlomeniny kosti stehenní		336		Exartikulace kyčelního kloubu nebo snesení stehna	42%	
271	Přerušení Achillovy šlachy řeznou ranou léčené operačně	10%	295	Zlomenina krčku kosti stehenní	30%	337	Amputace bérce	42%	
272	Podvrtnutí kyčelního kloubu	3%	296	léčená endoprotézou	20%	338	Amputace nohy	42%	
273	Těžká distorze většího kloubu nohy, event. s lézí vazů léčená pevnou fixací	7%	297	léčená konzervativně	22%	339	Amputace palce nohy nebo jeho části s kostí	8%	
274	Podvrtnutí základního nebo mezičlánkového kloubu palce nohy (pevná fixace)	4%	298	léčená operačně	26%	Amputace ostatních prstů nohy nebo jejich částí s kostí			
275	Podvrtnutí jednoho nebo několika prstů nohy (pevná fixace)	2%	299	Zlomenina velkého chocholíku	6%				
Natržení nebo přetržení kloubních vazů			300	Zlomenina malého chocholíku	6%	340	za každý prst	3%	
<i>Není-li u položky 276, 277, 278 a 280 splněna doba přiložení sádrové fixace nebo podmínka provedení operace, hodnotí se polovinou z uvedených procent. Nedosáhne-li doba přiložení sádrové fixace 14 dnů nebo nebude-li přiložena vůbec, hodnotí se podle stejných zásad jako u distorze. Jako analogický způsob ošetření místo sádrové fixace se uznává i použití zinkoklíhu nebo ortézy. Za operaci se považuje plastika nebo sutura vazů, nikoliv diagnostická artroskopie.</i>			301	Per- a subtrochanterická zlomenina kosti stehenní	42%	PORANĚNÍ NERVOVÉ SOUSTAVY			
276	léčené konzervativně (sádra alespoň 3 týdny)	6%	302	Zlomenina těla kosti stehenní	30%	341	Otřes mozku bez hospitalizace	0%	
277	Natržení zkříženého vazů kolenního prokázané artroskopii (sádra alespoň 4 týdny nebo operace)	6%	303	Zlomenina kosti stehenní nad kondyly	42%	Otřes mozku s hospitalizací a dobou léčení			
Přetržení nebo úplné odtržení postranního vazů kolenního			304	Zlomenina kloubní chrupavky na kondylech kosti stehenní (RTG vyšetření a artroskopie)	10%	342	do 7 dnů včetně	1%	
278	konzervativně sádrov alespoň 5 týdnů	10%	305	Traumatická epifyseolysa distálního konce kosti stehenní s posunutím úlomků	40%	343	8 až 14 dnů	2%	
279	operačně (sutura, ASK operace)	10%	306	Odlomení kondylu kosti stehenní	14%	344	15 až 21 dnů	3%	
Přetržení nebo úplné odtržení zkříženého vazů kolenního prokázané diagnostickou metodou (např. ASK, sono vyšetření) a léčené			307	Nitrokloubní komplikovaná zlomenina kosti stehenní	30%	345	22 až 28 dnů	4%	
280	konzervativně sádrov alespoň 5 týdnů	10%	Ostatní zlomeniny				346	29 dnů a více	5%
281	plastikou vazů	22%	308	Zlomenina česky	10%	Otřes mozku s hospitalizací a dobou léčení			
282	Natržení vnitřního nebo zevního postranního vazů kloubu hlezenného léčené sádrovou fixací alespoň 4 týdny	7%	309	léčená konzervativně	7%				
Přetržení vnitřního nebo zevního postranního vazů kloubu hlezenného prokázané diagnostickou metodou (např. ASK, sono vyšetření) a léčené sádrovou fixací alespoň 4 týdny nebo suturov vazů			310	léčená operačně	10%	347	Otřes mozku těžkého stupně s pozitivním nálezem na EEG a hospitalizací alespoň 7 dnů	10%	
283	Přetržení vnitřního nebo zevního postranního vazů kloubu hlezenného prokázané diagnostickou metodou (např. ASK, sono vyšetření) a léčené sádrovou fixací alespoň 4 týdny nebo suturov vazů	10%	311	jednoho kondylu	14%	348	Pohmoždění mozku (hospitalizace)	5-40%	
284	Poranění zevního nebo vnitřního menisku léčené operačně (suturov, částečnou, úplnou nebo ASK menisektomií)	7%	312	obou kondylů	20%	349	Rozdrcení mozkové tkáně	50-100%	
Přetržení nebo úplné odtržení postranního vazů kolenního prokázané diagnostickou metodou (např. ASK, sono vyšetření) a léčené			313	Odlomení drsnatiny kosti holenní	10%	350	Posttraumatické krvácení do mozku	5-100%	
285	léčené konzervativně	9%	Zlomenina mezihrbolové vyvýšeniny kosti holenní				351	Krvácení nitrolební a do kanálu páteřního	5-42%
286	léčené operačně	14%	314	Zlomenina kosti lýtkové (bez postižení hlezenného kloubu)	5%	352	Otřes míchy (hospitalizace)	10%	
287	Zlomenina vnitřního kotníku	9%	315	Zlomenina kosti holenní nebo obou kostí bérce	20%	353	Pohmoždění míchy	14-20%	
288	Trimalleolární zlomenina hlezna (zlomenina obou kotníků s odlomením zadní hrany kosti holenní)	20%	Zlomenina hlezna				354	Krvácení do míchy	42-100%
289	Odlomení zadní nebo přední hrany kosti holenní	9%	316	Weber A + B léčené konzervativně	9%	355	Rozdrcení míchy	100%	
290	Supramalleolární zlomenina bérce, kosti lýtkové nebo tříštvivá zlomenina pylonu tibie	30%	317	Weber C+ B léčené operačně	14%	356	Pohmoždění motorického nervu s krátkodobou obrnou	5%	
291	Zlomenina hrbolu nebo výběžku kostí patní	6%	318	Zlomenina vnitřního kotníku	9%	357	Poranění motorického nervu s přerušením vodivých vláken	5-30%	
292	Zlomenina těla kosti patní	10%	319	Odlomení zadní nebo přední hrany kosti holenní	9%	358	Přerušení motorického nervu	5-70%	
293	bez porušení Bohlerova úhlu	10%	U položky 348 až 358 je nutný neurologický nále. U položky 356 až 358 je podmínkou pro poskytnutí pojistného plnění pozitivní EMG vyšetření. U položky 348 až 351, 353, 354, 357 a 358 se pojištěnému při výplatě pojistného plnění před skončením léčeni poskytně záloha ve výši dolní hranice uvedeného rozpětí. Konečné hodnocení se stanoví ve spolupráci s lékařem z oboru neurologie nebo traumatologie, nejdříve však po 6 měsících od úrazu nebo po ukončení léčeni.						
294	s porušením Bohlerova úhlu	18%	OSTATNÍ DRUHY PORANĚNÍ						
295	Zlomenina kosti hlezenné	14%	Rány						
296	Zlomenina zadního výběžku kosti hlezenné	5%	359	Rána chirurgicky neošetřená	0%	Rána chirurgicky ošetřená pouze v obličejové části s výjimkou krku u dětí a mládeže do 18 let s dobou léčení			
297	Zlomenina kosti krychlové nebo člunkové nebo klínové	9%	360	Rána chirurgicky ošetřená nevyžadující suturov	2%				
298	Zlomenina několika kostí nártních	14%	361	do 7 dnů včetně	1%	Rána chirurgicky ošetřená vyžadující suturov léčená			
299	Zlomenina kůstek zánártních palce nebo malíku	9%	362	8 až 14 dnů	2%				
300	Zlomenina kůstek zánártních jiného prstu než palce nebo malíku	8%	363	15 až 21 dnů	3%	Ošetření rány leukostehy se považuje za suturov pouze v obličejové části. Na ostatních částech těla pouze u dětí do 10 let.			
301			364	22 dnů a více	4%				
302			365	bez komplikací	2%	Plošné abrasy se ztrátou kožního krytu v celé tloušťce od 15 cm² (ošetření rány lékařem)			
303			366	s komplikacemi 15 až 21 dnů	3%				
304			367	s komplikacemi 22 dnů a více	4%				
305			368		2%				

369	Rána chirurgicky ošetřená incizí a drenem	2%	druhého stupně léčené ambulantně v rozsahu			384	nad 1 % do 5 % povrchu těla	12%
			374	od 10 cm ² do 1 % povrchu těla	5%	385	nad 5% do 10% povrchu těla	13-18%
370	Rána chirurgicky ošetřená vedoucí ke snesení (ablaci) nehtu	2%	druhého stupně léčené hospitalizací v rozsahu			386	nad 10 % do 15 % povrchu těla	19-26%
			375	nad 1 % do 5 % povrchu těla	6%	387	nad 15% do 20% povrchu těla	27-34%
371	Cizí tělísko chirurgicky odstraněné i neodstraněné	1%	druhého stupně léčené hospitalizací v rozsahu			388	nad 20 % do 30 % povrchu těla	35-42%
			376	nad 5 % do 15 % povrchu těla	7%	389	nad 30 % do 40 % povrchu těla	43-68%
Úžeh a úpal			377	nad 15% do 20% povrchu těla	8%	390	nad 20 % do 30 % povrchu těla	9-14%
			378	nad 20 % do 30 % povrchu těla	9-14%	391	větším než 40 % povrchu těla	69-100%
372	Celkové příznaky (s výjimkou účinků slunečního záření na kůži) léčené hospitalizací v délce minimálně jednoho týdne	5%	třetího stupně léčené chirurgicky v rozsahu			379	nad 30 % do 40 % povrchu těla	15-26%
			380	nad 40 % do 50 % povrchu těla	27-42%	392	Otravy plyny a parami, celkové účinky záření a chemických jedů léčené hospitalizací	5%
			381	větším než 50 % povrchu těla	43-100%	392	Traumatický šok léčený hospitalizací na JIP	5%
Popálení, poleptání nebo omrzliny			382	od 6 cm ² do 10 cm ²	4-7%			
373	prvního stupně	0%	383	nad 10 cm ² do 1 % povrchu těla	8-12%			