

Pojistné podmínky pro investiční životní pojištění WÜSTENROT INVEST

Článek 1: Základní pojmy

Pojistitel je Wüstenrot, životní pojišťovna, a.s. do 31.1.2009 se sídlem nám. Kinských 602/2, 150 00 Praha 5, Česká republika; od 1.2.2009 se sídlem Na Hřebenech II 1718/8, 140 23 Praha 4, Česká republika, IČ 25720198, zaps. u Městského soudu v Praze, odd. B, vložka 5696 (dále jen „pojišťovna“).

Pojistník je osoba, která uzavřela s pojišťovnou smlouvu o investičním životním pojištění a připojištění k němu – WÜSTENROT INVEST (dále 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 (dále jen „plnění“).

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

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

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

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

Podílová jednotka je základní jednotka WI – portfolia, případně externího fondu, (viz čl. 21) (WI – portfolia a externí fondy dále jen jako „fondy“), se kterou jsou spojena práva a povinnosti vlastnicka podílové jednotky. Vyjadřuje poměrný podíl na aktivech WI – portfolia, příp. externího fondu.

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

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

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

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

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 podílové jednotky je rozhodná hodnota fondu a počet podílových jednotek v 00:00 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 aktuální prodejní ceny.

Kapitálová hodnota pojištění je aktuální hodnota podílových jednotek všech fondů evidovaných na individuálním účtu (stav individuálního účtu) snižená o všechny poplatky dosud neuhrazené do dne stanovení kapitálové hodnoty.

Investiční program, nebo též **alokační poměr**, je poměr určený pojistníkem, podle něhož se pojistné umísťuje do podílových jednotek jednotlivých fondů. Není-li investiční program, resp. alokační poměr, v pojistné smlouvě pojistníkem jednoznačně určen, použije se investiční program stanovený pojišťovnou.

Článek 2: Uzavření pojistné smlouvy, odstoupení od pojistné smlouvy

- Návrh na uzavření smlouvy o životním pojištění (dále jen „návrh“) předkládá pojistník písemně na tiskopise pojišťovny. Pojistník a, má-li být pojištěna jiná osoba než pojistník, pak též pojištěný je povinen odpovědět úplně a pravdivě na všechny písemné dotazy pojišťovny týkající se sjednávání pojištění. To platí též, jde-li o změnu pojištění. Stejnou povinnost má i pojišťovna vůči pojistníkovi a pojištěnému.
- Součástí návrhu je Zdravotní dotazník pro pojištěného, případně i další pojišťovnou vyžádané dotazníky. Pojišťovna je oprávněna zjišťovat a přezkoumávat zdravotní stav pojištěného. Za tímto účelem se může pojišťovna obrátit na lékaře, nemocnice a další zdravotnická zařízení, ve kterých byl pojištěný léčen či vyšetřován. Pojišťovna má dále právo nechat provést potřebná vyšetření lékařem, kterého tím pověří. Pojišťovna je také oprávněna přezkoumat zdravotní stav pojištěného při přepracování pojistné smlouvy.
- Podpisem návrhu dává pojistník a pojištěný pojišťovně souhlas se zjišťováním a přezkoumáním zdravotního stavu pojištěného a opravňuje dotazované lékaře a zdravotnická zařízení ke sdělování informací o jeho zdravotním stavu. Pokud se pojištěný na žádost pojišťovny podrobí požadované lékařské prohlídce a pojistník následně zruší nebo odvolá návrh, je pojistník povinen uhradit náklady spojené s touto prohlídkou.
- Skutečnosti, které se pojišťovna dozví při zjišťování zdravotního stavu, smí použít jen pro svou potřebu pro účely pojištění.
- Je-li pojistník odlišný od pojištěného, je pojistník povinen takového pojištěného seznámit s obsahem pojistné smlouvy.
- Lhůta pro přijetí návrhu je jeden měsíc ode dne jeho doručení pojišťovně. Pokud je podmínkou uzavření pojistné smlouvy zdravotní zkoumání, činí tato lhůta dva měsíce. Lhůta pro přijetí návrhu přitom nemůže uplynout před navrhovaným dnem počátku pojištění.
- Pojistná smlouva je uzavřena okamžikem, kdy pojistník obdrží pojistku (tím není dotčeno ustanovení čl. 3 odst. 1). Pojistka představuje akceptaci návrhu ze strany pojišťovny a dále je potvrzením o uzavření pojistné smlouvy ve smyslu § 9 zákona o pojistné smlouvě. Součástí pojistné smlouvy je návrh včetně těchto pojistných podmínek, dokumenty, na něž se v návrhu nebo těchto pojistných podmínkách odkazuje, pojistka jako přijetí návrhu pojišťovnou a další případná smluvní ujednání. Pojistná smlouva se řídí právním řádem České republiky a vztahují se na ni příslušná zákonná ustanovení, zejména zákon o pojistné smlouvě a občanský zákoník. Nejedná se o pojištění uzavírané na dálku.
- Pojištěným nemůže být tzv. nepojistitelná osoba, kterou je osoba závislá ke dni podání návrhu na alkoholu nebo jiných návykových látkách (jak jsou definovány v zákoně č. 167/1998 Sb., o návykových látkách), osoba ke dni podání návrhu praceschopná podle pracovněprávních předpisů a předpisů o sociálním zabezpečení anebo poživatel

plného invalidního důchodu podle zákona o důchodovém pojištění.

- Pojištění začíná v 00 hodin dne sjednaného jako počátek pojištění, pokud není dohodnuto jinak.
- Zodpoví-li pojistník nebo pojištěný při sjednávání pojistné smlouvy úmyslně nebo z nebalostí nepravdivě nebo neúplně písemné dotazy pojišťovny týkající se sjednávání pojištění, má pojišťovna právo od pojistné smlouvy odstoupit, jestliže při pravdivém a úplném zodpovězení dotazů by pojišťovna smlouvu neuzavřela. Toto právo může pojišťovna uplatnit do dvou měsíců ode dne, kdy takovou skutečnost zjistila, jinak právo zanikne. To platí i v případě změny pojistné smlouvy.
- Stejně právo odstoupit od pojistné smlouvy jako pojišťovna má, za podmínek podle odst. 10, i pojistník, jestliže mu pojišťovna nebo její zmocněný zástupce nepravdivě nebo neúplně zodpověděl jeho písemné dotazy týkající se sjednávání pojištění. Odstoupení od pojistné smlouvy se zasílá do sídla pojišťovny.
- Odstoupení od pojistné smlouvy musí být odůvodněno, musí z něj být zřejmé, že které skutečnosti nebo skutečnosti odstoupící své právo odstoupit od pojistné smlouvy odvozuje. Pokud pojistník neodůvodní své odstoupení od pojistné smlouvy ani ve lhůtě písemně k tomu stanovené pojišťovnou, 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 pojišťovně doručeno neodůvodněné odstoupení od pojistné smlouvy.
- Odstoupením od pojistné smlouvy se smlouva od počátku ruší. Pojišťovna je povinna bez zbytečného odkladu, nejpozději do 30 dnů ode dne odstoupení od pojistné smlouvy, vrátit zaplacené pojistné, od kterého se odečte to, co již z pojištění plnila. V případě odstoupení pojišťovny se od zaplaceného pojistného dále odečítají i jednorázové náklady spojené se vznikem pojištění a náklady na správu pojištění zahrnuté v pojistném, náklady na kurzové rozdíly nákupních a prodejních cen podílových jednotek fondů spojené s investováním části zaplaceného pojistného do fondů stanovené ke dni odstoupení od smlouvy, případně další dodatečné náklady spojené se vznikem pojištění nebo s odstoupením od pojistné smlouvy. Pojistník nebo pojištěný, který není současně pojistníkem, popřípadě obmyslený, je ve stejné lhůtě jako pojišťovna povinen pojišťovně vrátit částku vyplaceného plnění, která přesahuje výši zaplaceného pojistného.

Článek 3: Začátek pojistné ochrany

- Pojistná ochrana začíná pozdějším z následujících dní:
 - navrhovaným dnem počátku pojištění (tj. dnem počátku pojištění uvedeným v návrhu), pokud k tomuto dni již bylo vyhotoveno a doručeno potvrzení o uzavření pojistné smlouvy pojišťovnou (pojistka),
 - dnem následujícím po vyhotovení a doručení potvrzení o uzavření pojistné smlouvy pojišťovnou (pojistky) a
 - dnem následujícím po dni zaplacení prvního běžného nebo jednorázového pojistného. Rozumí se tedy, že pojišťovna neposkytne plnění, pokud dojde k pojistné události v době před zaplacením pojistného anebo před vyhotovením potvrzení o uzavření pojistné smlouvy, i když k ní dojde v době po počátku pojištění uvedeném v návrhu. Uvedeným nejsou dotčena ustanovení následujících odstavců.
- Zaplatí-li pojistník první nebo jednorázové pojistné v době před navrhovaným dnem počátku pojištění, začne pojistná ochrana v omezeném rozsahu v 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 00 hod. dne následujícího po doručení návrhu do sídla pojišťovny. To platí jen pokud:
 - při placení formou SIPO bylo uvedeno správné spojující číslo pojistníka, nebo
 - při placení formou SINK bylo přiloženo správně vyplněné potvrzení banky o udělení souhlasu s inkasem pojistného z bankovního účtu pojistníka.
- U pojistné ochrany omezené podle odst. 2 a 3 je pojistným nebezpečím pouze úraz. Pojistnými událostmi jsou podle podmínek základního pojištění:
 - smrt následkem úrazu;
 - dále pak podle podmínek připojištění:
 - plná invalidita následkem úrazu,
 - smrt následkem úrazu,
 - trvalé poškození zdraví následkem úrazu,
 - utrpení úrazu vyjmenovaného v přiložené tabulce bolestného,
 - hospitalizace z důvodu léčení poškození zdraví následkem úrazu,
 - pracovní neschopnost z důvodu poškození zdraví následkem úrazu, trvajících déle než čtyři týdny,a to vždy s příslušnou pojistnou částkou uvedenou v návrhu, nejvýše však 500 000 Kč. V rámci omezené pojistné ochrany dle odst. 2 a 3 je nepojistitelnou osobou (podle posouzení pojišťovny při jednání o návrhu) zejména nepojistitelná osoba podle čl. 2 odst. 8, osoba ke dni podání návrhu trpící nervovou nebo duševní poruchou, úplnou slepotou, hluchotou a osoba, jejíž trvalé poškození zdraví následkem úrazu podle podmínek připojištění úrazu a nemoci je vyšší než 70 %.
- Pojištění podle odst. 2 - 4 se označuje jako prozatímní pojištění a platí pro něj podmínky úrazového připojištění. Po vyplnění návrhu je tento návrh potvrzením o uzavření prozatímního pojištění za podmínky úhrady prvního nebo jednorázového pojistného podle odst. 2 a 3. Prozatímní pojištění končí okamžikem, kdy ve smyslu odst. 1 začíná pojištění sjednané na základě návrhu. Prozatímní pojištění končí také okamžikem odmítnutí tohoto návrhu pojišťovnou, nebo doručení návrhu pojišťovnou na uzavření smlouvy o životním pojištění pojistníkovou, obsahující podmínky odchylné od podmínek obsažených v návrhu pojistníka; doba trvání prozatímního pojištění nemůže nikdy přesáhnout 60 dní. Prozatímní pojištění podle odst. 3 končí též dnem, kdy při placení formou SINK nepostačuje výše prostředků na příslušném bankovním účtu k plnění inkasu pojistného.
- Pojišťovna vyplatí plnění z pojistné události podle odst. 4 jen tehdy, pokud se jedná o plnění z pojištění nebo připojištění zahrnutého v návrhu.
- Za prozatímní pojištění se neplatí žádné dodatečné pojistné. Pokud však dojde k pojistné události a pojišťovna poskytne pojistné plnění z prozatímního pojištění, pak pojišťovna pojistné podle odst. 2 a 3 nevrátí, toto pojistné se považuje za pojistné zaplacené za prozatímní pojištění.

Článek 4: Druhy pojištění

- Základní pojištění je tvořeno tímto obnosovým pojištěním:
 - pojištění pro případ smrti nebo dožití spojené s fondy (dále jen „Investiční životní pojistka“, nebo „základní pojištění“).
- V jedné pojistné smlouvě lze současně se základním pojištěním sjednat tato obnosová připojištění:
 - připojištění vážných onemocnění Plus,
 - připojištění invalidního důchodu,
 - úrazové připojištění POPULAR Plus,
 - úrazové připojištění GRAND Plus,
 - úrazové připojištění GRAND SUPER Plus,
 - připojištění úrazu a nemoci Plus,
 - připojištění zprůstřednění od placení pojistného.

Článek 5: Pojistné nebezpečí, pojistná událost

- Za pojistnou událost se v Investiční životní pojistce považuje dožití se pojištěného sjednaného věku (konce pojištění) nebo smrt pojištěného během trvání pojištění. Smrtí pojištěného pojištění zaniká.
- Za pojistnou událost se v připojištění vážných onemocnění Plus považuje vážné onemocnění pojištěného, které bylo poprvé zjištěno během trvání připojištění. Za

pojistnou událost se považuje také vážné onemocnění dítěte pojištěného, které vzniklo během trvání připojištění a nemá návaznost na předchozí zjištěná i nezjištěná onemocnění dítěte.

- (3) Za pojistnou událost se v připojištění invalidního důchodu považuje přiznání plného invalidního důchodu podle zákona o důchodovém pojištění během trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech trvání pojištění, jedná-li se o přiznání plného invalidního důchodu následkem nemoci.
- (4) Za pojistnou událost se v úrazovém připojištění POPULAR Plus považuje:
 - trvalé poškození zdraví pojištěného nebo dítěte pojištěného následkem úrazu během trvání připojištění,
 - utrpení úrazu pojištěného nebo dítěte pojištěného během trvání připojištění, vyjmenovaného v příložené tabulce bolestného,
 - z lékařského hlediska nezbytná hospitalizace pojištěného nebo dítěte pojištěného z důvodu léčení poškození zdraví následkem úrazu během trvání připojištění.
- (5) Za pojistnou událost se v úrazovém připojištění GRAND Plus a GRAND SUPER Plus považuje:
 - smrt pojištěného nebo dítěte pojištěného následkem úrazu během trvání připojištění,
 - trvalé poškození zdraví pojištěného nebo dítěte pojištěného následkem úrazu během trvání připojištění.
- (6) Za pojistnou událost se v připojištění úrazu a nemoci Plus považuje:
 - trvalé poškození zdraví pojištěného nebo dítěte pojištěného následkem úrazu během trvání připojištění,
 - utrpení úrazu pojištěného nebo dítěte pojištěného během trvání připojištění, vyjmenovaného v příložené tabulce bolestného,
 - z lékařského hlediska nezbytná pracovní neschopnost pojištěného nebo dítěte pojištěného z důvodu léčení nemoci nebo poškození zdraví následkem úrazu během trvání připojištění, trvajících déle než čtyři týdny.
- (7) Za pojistnou událost se v připojištění zprostřední od placení pojistného považuje pracovní neschopnost pojištěného, která vznikla během trvání pojištění.
- (8) Pojistnými nebezpečími jsou v pojištění podle odst. 1 dožití nebo smrt, podle odst. 2 vyjmenované vážné nemoci a operace, podle odst. 3 invalidita, podle odst. 4 a 5 úraz, podle odst. 6 úraz a nemoc a podle odst. 7 pracovní neschopnost.
- (9) Pojistník je povinen bez zbytečného odkladu pojišťovně oznámit, že nastala pojistná událost, podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložit k tomu potřebné doklady. Není-li pojistník současně pojištěným, má tuto povinnost pojištěný; je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, má tuto povinnost obmyslený.
- (10) Zemřel-li nebo zanikne-li bez právního nástupce pojistník odlišný od pojištěného, do pojištění namísto pojistníka vstupuje pojištěný.
- (11) Územní platnost pojištění není omezena, není-li dále stanoveno jinak.

Článek 6: Oprávněné osoby

- (1) Pojištěný má právo, aby mu bylo vyplaceno plnění, nastane-li u něho pojistná událost.
- (2) Pojistník může určit obmysleného, a to jmenem nebo vztahem k pojištěnému. Až do vzniku pojistné události může pojistník obmysleného měnit. Změna obmysleného je účinná dnem doručení sdělení pojišťovně.
- (3) Nebyl-li v době pojistné události určen obmyslený nebo nenabude-li obmyslený práva na plnění v případě smrti pojištěného, nabývají tohoto práva manžel pojištěného, a není-li ho, děti pojištěného.
- (4) Není-li osob uvedených v odst. 2 a 3, nabývají práva na plnění v případě smrti pojištěného rodiče pojištěného, a není-li jich, osoby, které žily s pojištěným po dobu nejméně jednoho roku před jeho smrtí ve společné domácnosti a které z tohoto 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 plnění několika osobám a nejsou-li jejich podíly určeny, má každá z nich právo na stejný díl.
- (6) Je-li pojistník odlišný od pojištěného, může pohledávky z pojištění postoupit nebo zastavit jen se souhlasem pojištěného.
- (7) Uzavírá-li pojistník pojistnou smlouvu ve prospěch obmysleného, je k uzavření takové pojistné smlouvy třeba souhlasu pojištěného. Souhlas pojištěného se vyžaduje i v případě změny obmysleného, změny podílů na plnění, bylo-li určeno více obmyslených.

Článek 7: Společná ustanovení o plnění

- (1) Pojišťovna je povinna po oznámení události, se kterou je spojen požadavek na plnění, bez zbytečného odkladu zahájit šetření nutné ke zjištění rozsahu její povinnosti plnit.
 - (2) Plnění je splatné do 15 dnů po skončení šetření podle odst. 1. Šetření je skončeno, jakmile pojišťovna sdělí jeho výsledky oprávněné osobě.
 - (3) Pojišťovna je povinna ukončit šetření do tří měsíců po tom, co jí byla událost podle odst. 1 oznámena. Nemůže-li ukončit šetření v této lhůtě, je pojišťovna povinna sdělit osobě, které má vzniknout nebo vzniklo právo na plnění, důvody, pro které nelze šetření ukončit, a poskytnout jí na její žádost přiměřenou zálohu. Uvedená lhůta neběžá, je-li šetření znemožněno nebo ztíženo z viny oprávněné osoby, pojistníka nebo pojištěného. Šetření neprobíhá po dobu odvolání souhlasu se zpracováním citlivých osobních údajů.
 - (4) Pokud byly náklady šetření podle odst. 1, vynaloženy pojišťovnou, vyvolány nebo zvýšeny porušením povinností účastníků pojištění, má pojišťovna právo požadovat přiměřenou náhradu na tom, kdo povinnost porušil.
 - (5) Náklady osoby uplatňující nárok na plnění spojené s uplatněním nároku na plnění nese tato osoba.
 - (6) Pojišťovna může odmítnout plnění, jestliže:
 - příčinou pojistné události byla skutečnost, o které se dozvěděla až po vzniku pojistné události a kterou nemohla 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 tuto smlouvu neuzavřela, nebo ji uzavřela za jiných podmínek, nebo
 - oprávněná osoba uvede při uplatňování práva na plnění vědomě nepravdivé nebo hrubě zkreslené údaje týkající se rozsahu pojistné události nebo podstatné údaje týkající se této události zamíči.
- Pojištění v případě smrti pojištěného nebo připojištění zanikne dnem doručení oznámení o odmítnutí plnění.
- (7) Při zániku základního pojištění dle odst. 6 zanikají současně všechna připojištění. Při zániku připojištění vážných onemocnění Plus dle odst. 6 zaniká současně i připojištění invalidního důchodu, připojištění úrazu a nemoci Plus a připojištění zprostřední od placení pojistného. Při zániku připojištění invalidního důchodu dle odst. 6 zaniká současně i připojištění úrazu a nemoci Plus a připojištění zprostřední od placení pojistného.
 - (8) Při nesprávných údajích o datu narození nebo pohlaví pojištěného, které vedly ke sjednání pojištění s nižším pojistným (s vyšším plněním), se plnění snižuje v poměru pojistného, které bylo zapláceno, k pojistnému, které by bylo placeno na základě správných údajů.
 - (9) Smrt pojištěného musí být pojišťovně neprodené oznámena oprávněnou osobou. Pojišťovně musí být předloženy tyto doklady:
 - vyplněný formulář Oznámení pojistné události,
 - úředně ověřený úmrtní list s údajem data a místa narození zemřelého,
 - podrobné lékařské nebo úřední vysvědčení o příčině smrti a o počátku a průběhu nemoci, jež vedla ke smrti pojištěného,
 - protokol Policie ČR o šetření, pokud pojistná událost byla předmětem šetření Policie ČR.
 - (10) K objasnění povinnosti poskytnout plnění může pojišťovna požadovat další potřebné doklady a informace a sama provést potřebná šetření. Za tímto účelem se může pojišťovna obrátit na lékaře, nemocnice a další zdravotnická zařízení, ve kterých byl nebo je pojištěný léčen či vyšetřován. Pojišťovna má dále právo nechat provést potřebná

vyšetření lékařem, kterého tím pověří. Pokud pojištěný odmítne se podrobit takovému vyšetření anebo pokud pojištěný nebo oprávněná osoba odmítne dát souhlas k poskytnutí potřebných dokladů a informací, pak nárok na plnění nevznikne.

- (1) Pojišťovna je oprávněna snížit plnění až o jednu polovinu, pokud pojištěný zemřel v souvislosti s jedním, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt, není-li dále stanoveno jinak (čl. 11 odst. 11).
- (2) Pojišťovna může snížit plnění o pojistné a dlužné poplatky z pojištění (dle aktuálního sazebníku poplatků) a úroky z prodlení.
- (3) Oprávněná osoba může uplatnit právo na výplatu důchodu místo jednorázového plnění, pokud to není v rozporu s jiným ujednáním v pojistné smlouvě. Výplatu důchodu může uplatnit pojištěný nebo obmyslený v žádosti o výplatu plnění formou uzavření pojištění doživotního a garantovaného důchodu za jednorázové pojistné – Důchodové opce. Podmínkou důchodové opce je, aby výše pravidelně vypláceného důchodu činila nejméně částku stanovenou pojišťovnou v době podání žádosti o výplatu plnění.
- (4) Plnění je splatné v České republice a v méně České republiky, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.

Článek 8: Plnění v Investiční životní pojistce

- (1) Z Investiční životní pojistky vyplatí pojišťovna na základě žádosti oprávněné osobě v případě
 - dožití se pojištěného sjednaného věku (konce pojištění) plnění ve výši hodnoty podílových jednotek vedených na individuálním účtu ke dni konce pojištění,
 - smrti pojištěného během trvání pojištění plnění ve výši pojistné částky platné k datu pojistné události a hodnoty podílových jednotek vedených na individuálním účtu ke dni zaregistrování pojistné události.
- Hodnota podílových jednotek je v případě výplaty plnění snižena o neuhrazené rizikové pojistné za Investiční životní pojistku a sjednaná připojištění, o neuhrazené poplatky, správní a jiné náklady pojišťovny (dle platného sazebníku poplatků ke dni výplaty plnění) a o neuhrazenou část počátečních nákladů.
- (2) Osoba, které má smrti pojištěného vzniknout právo na 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 projednání skutku této osoby před soudem anebo jejmu potrestání soudem pro nepřípustnost 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 mrtvého 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 důševní nemoci této osoby, vyhoštění této osoby či předání trestního stíhání do ciziny; dále také v případech podmíněného zastavení trestního stíhání nebo narovnání.
 - (3) Pojišťovna nevyplatí oprávněné osobě 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. 27 odst. 3, avšak pouze v části plnění odpovídající tomuto zvýšení),
 - při smrti pojištěného v primé nebo nepřímé souvislosti s válečnými událostmi,
 - při smrti pojištěného v primé nebo nepřímé souvislosti s jeho účastí na vzpouře, povstání, občanských nepokojích nebo na jiné násilné akci, na straně původců nebo podněcovatelů těchto akcí.
 - (4) Pojišťovna nevyplatí oprávněné osobě plnění pro případ smrti pojištěného, není-li ve smlouvě ujednáno jinak, pokud smrt byla způsobena v primé nebo nepřímé souvislosti:
 - s letectvím, s výjimkou cestujících motorovými letadly; za tyto cestující se nepovažují posádky letadel a další osoby pracovní činné na palubách letadel,
 - s účastí na závodech v motorových vozidlech, letadlech a plavidlech všeho druhu, včetně přípravných jízd,
 - s radioaktivním zářením,
 - se sportovní a zábavní činností spojenou s vysokým nebezpečím, jako jsou seskoky s padákem, létání včetně používání rogal nebo balónů, horolezectví, speleologie, potápění (od 15 m), sjíždění divokých vod, pokusy o rekordy,
 - s pobyttem mimo Českou republiku delším než tři měsíce bez souhlasu pojišťovny; souhlasu pojišťovny není zapotřebí při pobytu na území států Evropské unie, Norska, Švýcarska, Lichtenštejnska, USA a Kanady.

Článek 9: Plnění v připojištění vážných onemocnění Plus

- (1) Za vážné nemoci a operace se považují:
 - **infarkt myokardu** – odumření části srdeční svaloviny následkem akutního uzavření některého úseku koronární tepny. Diagnóza musí být doložena typickou bolestí na hrudi, zvýšenými specifickými laboratorními hodnotami (AST, CK, CK-MB, LDH), aktuálním EKG, které musí ukazovat na typické změny pro infarkt myokardu včetně změn v omezení funkce levé srdeční komory. Vyloučeny jsou tzv. němé infarkty myokardu, u kterých nejsou zmíněné typické příznaky pro infarkt myokardu zjevné, popř. nejsou zjištěny. Nárok na plnění vzniká po potvrzení diagnózy kardiologem;
 - **by-pass** – operace na otevřeném srdci, při které je u pacientů s omezujícími anginiózními příznaky odstraněno zúžení nebo uzavřev dvou nebo více koronárních tepen, pomocí by-passových 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 plnění je po provedení operace;
 - **rakovina** – zhoubný nádor s nekontrolovatelným invazivním růstem a s tendencí k tvorbě metastáz. Vyloučeny jsou všechny nezhoubné nádory, neinvazivní časná stadia nádorů (např. carcinoma in-situ) a všechny nádory 1. stupně, u kterých není nutná chemoterapie. Dále jsou vyloučeny nádory vyskytující se současně s onemocněním HIV nebo s kožními nádory – kromě zhoubného melanomu. Zahrnuty jsou leukémie a všechny zhoubné nádory mízního systému, stejně jako všechny recidivy a metastázy nádorů 1. stupně. Nárok na plnění vzniká po histologickém 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 uzavřev či ruptury mozkových tepen nebo embolií z jiných tělesných orgánů. CMP musí vést k náhlému výskytu trvalých neurologických zánikových jevů. Trvalé neurologické poškození musí prokazatelně přetrvávat nejméně šest týdnů od CMP a dále trvat. Nárok na plnění vzniká po potvrzení diagnózy neurologem, a to nejdříve šest týdnů po CMP;
 - **selhání ledvin** – trvalé selhání funkce obou ledvin (terminální ledvinová insuficience), vyžadující trvalou dialýzu nebo transplantaci ledvin. Nárok na plnění vzniká po započatí dialyzační léčby nebo po provedení transplantace ledvin;
 - **transplantace orgánů**: srdce, plic, jater, slinivky, jedné ledviny nebo kostní dřevě u pojištěného příjemce orgánu. Transplantací srdce se rozumí i implantace umělého srdce. Nárok na plnění vzniká po provedení transplantace. Před provedením transplantace vzniká nárok na plnění, pokud byl pojištěný zařazen do Národního registru osob čekajících na transplantaci orgánů. Závažným onemocněním není transplantace rohovek, sluchových kůstek, autotransplantace kostní dřevě a transplantace jiných orgánů, neuvedených v první větě tohoto odst.;
 - **roztřesená skleróza** – chronické onemocnění centrálního nervového systému s nevratnými typickými neurologickými výpadky a ohnisky, prokázané odpovídajícími snímkovými vyšetřovacími technikami (CT), typickým nálezem v mozkomíšním moku

a minimálně dva relapsy. Relapsem se míní náhlý výskyt nových nebo starších příznaků, nebo odpovídající zhoršení současných příznaků. Nárok na plnění vzniká po potvrzení diagnózy neurologem, a to nejdříve po 12 měsících od výskytu onemocnění;

- **Alzheimerova nemoc**, spojená s rozsáhlým omezením funkce mozku, s poklesem nebo ztrátou intelektuálních schopností nebo s anomálními jednáním, vyžadující stálý dozor třetí osoby. Nárok na plnění vzniká po potvrzení diagnózy neurologem;
- **Parkinsonova nemoc** - pomalu pokračující degenerativní onemocnění centrálního nervového systému, které dospělo do stádia vyžadujícího stálý dozor a pomoc třetí osoby. Nárok na plnění vzniká po potvrzení diagnózy idiopatické Parkinsonovy nemoci neurologem;
- **těžké popáleniny** - popáleniny třetího stupně na nejméně 20 % povrchu těla. Nárok na plnění vzniká po potvrzení diagnózy odborným lékařem;
- **kóma** - ztráta vědomí spojená s následky v období neurologických nebo neuropsychických deficitů, vedoucích k omezením ve společenském styku a ve výkonu povolání. Nárok na plnění vzniká po potvrzení diagnózy neurologem;
- **klíšťová encefalitida** - zánět mozku a mozkových blan způsobený virovou nákazou (arboviry) přenesenou klíštětem v době trvání připojištění, s těžkými neurologickými nebo psychiatrickými trvalými následky. Příznaky nemoci se musí projevit do dvou let po kousnutí klíštětem. Nárok na plnění vzniká po potvrzení diagnózy neurologem; diagnóza musí být podložena: anamnesticky kousnutím klíštěte, doložením čerstvé náky přítomnosti protilátek (IgM) a léčbou klíšťové encefalitidy v nemocnici;
- **ochrnutí** - úplné a trvalé ochrnutí obou dolních končetin nebo obou horních končetin, a to s trvalým úplným přerušením vodivosti míchy a v důsledku úrazu nebo nemoci. Nárok na plnění vzniká po potvrzení diagnózy neurologem, a to nejdříve po třech měsících od počátku ochrnutí. Závažným onemocněním není ochrnutí jedné končetiny (monoplegie), částečné ochrnutí a přechodné ochrnutí;
- **slepota** - aktuální onemocnění nebo úraz získaná úplná a nenávratná ztráta zraku nebo očí. Úplnou ztrátu zraku nebo očí se míní stav, kdy už není rozpoznatelné zrako a po osvětlení nenásleduje zúžení zornic. Slepota musí být doložena oftalmologickým nálezem. Nárok na plnění vzniká po potvrzení diagnózy oftalmologem;
- **hluchota** - úplná a nenávratná ztráta sluchu, trvajících nejméně šest měsíců. Nárok na plnění vzniká po potvrzení diagnózy otorinolaryngologem;
- **ztráta hlasu** - úplná a nenávratná ztráta hlasu, trvajících nejméně 12 měsíců bez přerušení. Nárok na plnění vzniká po potvrzení diagnózy odborným lékařem;
- **operace srdeční 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 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 větvích aorty (např. arteria carotis, ledvinová arterie). Nárok na plnění je po provedení operace;
- **nákaza HIV při pracovních činnostech** - nákaza HIV při běžném výkonu povolání, např. pichnutím o jehlu, říznutím 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 čtyř měsíců po kontaktu dalším krevním testem. Kontakt musí být nahlášen a onemocnění uznáno jako nemoc z povolání;
- **nákaza HIV při transfúzi krve** či krevních produktů - podmínkou poskytnutí plnění je převzetí plné 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, 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 přípustná forma léčby vedoucí k vyléčení.

- (2) Z připojištění vážných onemocnění Plus vyplatí pojišťovna pojištěnému 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 plnění zemře, stává se plnění součástí dědictví.
- (3) Nárok na plnění z připojištění vážných onemocnění Plus nevzniká u pojistných událostí, ke kterým dojde do šesti měsíců od počátku připojištění (čekací doba). Čekací doba se uplatní v případě zvýšení pojistné částky podle čl. 27 odst. 3, avšak pouze v části plnění odpovídající tomuto zvýšení.
- (4) Vznikne-li nárok na plnění z připojištění vážných onemocnění Plus podle odst. 2, nemůže již vzniknout další nárok na plnění z tohoto připojištění. Výplatou tohoto plnění připojištění zaniká.
- (5) Ustanovení odst. 4 se nevztahuje na dítě pojištěného, dojde-li k vážné nemoci nebo operaci dítěte před případným vznikem vážné nemoci nebo operace pojištěného. Připojištění zahrnuje děti od šesti týdnů jejich věku do dosažení věku 18 let. Plnění se vyplácí na jedno dítě jen jednou, a to ve výši jedné třetiny pojistné částky v připojištění pojištěného, nejvýše však 150 000 Kč. Výplatu plnění končí zahrnutí příslušného dítěte do celého pojištění. Při zániku připojištění zaniká i zahrnutí dětí do tohoto připojištění.
- (6) Vážná nemoc nebo operace musí být pojištěně neprodleně oznámena a doložena lékařskými nálezy. V oznámení se uvedou okolnosti vážné nemoci nebo operace a adresy zdravotnických zařízení, v nichž byl pojištěný nebo dítě pojištěného ošetřeno. V případě hospitalizace musí být dále pojištěně předložen doklad vystavený nemocnicí, v níž byl pojištěný hospitalizován, obsahující jméno a příjmení pojištěného nebo dítěte pojištěného, jeho datum narození, diagnózu, den přijetí do nemocnice a den propuštění z nemocnice.

Článek 10: Plnění v připojištění invalidního důchodu

- (1) Z připojištění invalidního důchodu začne pojišťovna na základě žádosti vyplácet invalidní důchod, pokud se pojištěný stal, nejdříve po dvou letech trvání pojištění, plně invalidním podle zákona o důchodovém pojištění. Čekací doba se neuplatní, pokud se pojištěný stal plně invalidním následkem úrazu. Nárok na invalidní důchod je od vzniku pojistné události a trvá po dobu života a trvání plné invalidity pojištěného podle zákona o důchodovém pojištění, nejdéle však do konce pojištění. Čekací doba podle první věty se uplatní též v případě zvýšení pojistné částky podle čl. 27 odst. 3, avšak pouze v části plnění odpovídající tomuto zvýšení.
- (2) Důchod vyplácí pojišťovna v dohodnutých obdobích, a to vždy k prvnímu dni období. Vyplácí se sjednaný měsíční důchod vynásobený počtem měsíců v dohodnutém období.
- (3) První invalidní důchod je splatný prvního dne období následujícího po měsíci, v němž došlo k pojistné události. Zahájením výplaty invalidního důchodu připojištění zaniká.
- (4) Pojištěný je na žádost pojišťovny povinen se podrobit přezkoumání plné invalidity u lékaře určeného pojišťovnou, a to do jednoho měsíce od obdržení výzvy. Pokud se pojištěný bez závažného důvodu nepodrobí tomuto přezkoumání invalidity, ztratí tím právo na další výplatu invalidního důchodu.

Článek 11: Společná ustanovení o plnění v připojištěných úrazech a nemoci

- (1) Úrazem se rozumí neočekávané a náhle 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.
- (2) Za úraz se nepovažuje:
 - pracovní úraz nebo nemoc z povolání, pokud nemá povahu úrazu podle odst. 1,
 - nemoc jakéhokoliv druhu, zhoršení nemoci následkem úrazu; to však neplatí pro náказu tetanem nebo vzteklinou při úraze,

- infarkt myokardu a cévní mozková příhoda, a to i když se dostaví následkem úrazu.

- (3) Nemoci se rozumí porucha zdraví objektivně doložitelná lékařským vyšetřením, ke které došlo během trvání pojištění a kterou byla pojištěnému způsobena pracovní neschopnost. Za nemoc se nepovažuje těhotenství, a to ani rizikové. Nárok na plnění nevzniká u nemoci, ke kterým dojde do tří měsíců od počátku připojištění. V případě psychoterapie, zubních a ortopedických náhrad činní čekací doba devět měsíců od počátku připojištění. Čekací doba se neuplatní, pokud se pojištěný stal praceneschopným následkem úrazu v době trvání připojištění.
- (4) Pracovní neschopností se rozumí neschopnost pojištěného vykonávat v důsledku úrazu nebo nemoci dosavadní výdělečnou činnost, nebo jinou výdělečnou činnost, odpovídající vzdělání, zkušenostem nebo schopnostem pojištěného. Není-li pojištěný prokazatelně výdělečně činný nejméně tři měsíce před vznikem nemoci nebo úrazu, nemá nárok na plnění; to neplatí, pokud je pojištěný léčen v nemocnici (po dobu tohoto léčení). Nárok na plnění pojištěný nemá, pokud v době pracovní neschopnosti vykonává - byť jen v omezené míře - výdělečnou, řídicí nebo kontrolní činnost.
- (5) Pojištěný je povinen oznámit pojišťovně pracovní neschopnost nejpozději čtyři týdny po jejím vzniku, jinak nárok na plnění vznikne až dnem doručení oznámení pracovní neschopnosti pojišťovně - ledaže pojištěný svou povinnost nemohl z vážných důvodů splnit. Oznámení se podává na tiskopise pojišťovny, který vyplňuje pojištěný a ošetřující lékař. Přílohou oznámení je vždy lékařská zpráva. Případné poplatky či jiné úhrady za vystavení oznámení pracovní neschopnosti, lékařské zprávy (a nálezy) hrají pojištěný.
- (6) Pojištěný je povinen ihned oznámit pojišťovně skončení pracovní neschopnosti. Na žádost pojišťovny 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 pojišťovnou; v případě porušení těchto povinností nárok na plnění zanikne. Nestanoví-li pojišťovna jinak, je pojištěný povinen oznamovat a dokladat pracovní neschopnost vždy nejdéle po dvou týdnech jejího trvání. Po uplynutí tří měsíců pracovní neschopnosti ve smyslu předpisů sociálního zabezpečení posuzuje pracovní neschopnost lékař určený pojišťovnou a o uznání pracovní neschopnosti pojištěného rozhoduje pojišťovna.
- (7) Bude-li doba trvání pracovní neschopnosti neúměrně delší než průměrná doba léčby takové nemoci nebo takového úrazu a toto prodloužení pracovní neschopnosti nebude v lékařské dokumentaci podle názoru pojišťovny dostatečně zdůvodněno, určí vyšší plnění pojišťovna na základě posouzení lékaře pojišťovny.
- (8) 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 nebo nemoci,
 - oznámit pojišťovně adresu zdravotnického zařízení, v němž byl ošetřen; v případě úrazu také místo, čas a okolnosti úrazu.
- (9) Pokud vědomě zaviněné porušení povinností uvedených v odst. 8 mělo podstatný vliv na zvětšení rozsahu následků úrazu nebo nemoci a povinnosti pojišťovny plnit, je pojišťovna oprávněna snížit plnění podle toho, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah její povinnosti plnit.
- (10) Pojišťovna má právo odmítnout plnění, došlo-li k úrazu nebo nemoci pojištěného v souvislosti s jednáním, pro které byl uznán vinným úmyslným trestným činem, nebo kterým si úmyslně poškodil zdraví. Stejně je tomu i v případech, kdy nedošlo k projednání skutku této osoby před soudem anebo jejím potrestáním 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 mrtvého 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.
- (11) Pojišťovna má právo snížit plnění až na 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 pojišťovna plnění jen tehdy, jestliže k tomuto úrazu došlo v souvislosti s jednáním pojištěného, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt. To neplatí, pokud látky podle věty první obsahovaly léky, které pojištěný užil 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.
- (12) Úraz musí být pojišťovně neprodleně oznámen. V oznámení se uvede místo, čas a okolnosti úrazu a adresa zdravotnického zařízení, v němž byl pojištěný nebo dítě pojištěného ošetřeno. V případě léčení poškození zdraví v nemocnici musí být pojišťovně předloženo doklad vystavený nemocnicí, v níž byl pojištěný nebo dítě pojištěného hospitalizováno, obsahující jméno a příjmení pojištěného (dítěte pojištěného, jde-li o hospitalizaci dítěte pojištěného), jeho datum narození, diagnózu, den přijetí do nemocnice a den propuštění z nemocnice.
- (13) Pojištěný nebo dítě pojištěného jsou na žádost pojišťovny povinni se podrobit dodatečnému vyšetření u lékaře určeného pojišťovnou, a to do jednoho měsíce od obdržení výzvy. Pokud se pojištěný nebo dítě pojištěného bez závažného důvodu nepodrobí tomuto přezkoumání úrazu nebo pracovní neschopnosti, ztratí tím právo na výplatu plnění.

Článek 12: Plnění v úrazovém připojištění POPULAR Plus

- (1) Při **trvalém poškození zdraví následkem úrazu** se stupněm trvalého poškození zdraví alespoň 10 % vyplatí pojišťovna na základě žádosti jednorázové plnění v závislosti na stupni trvalého poškození zdraví, prokáže-li se v průběhu jednoho roku ode dne úrazu, že úraz zanechal trvalé poškození zdraví. Plnění vypočte pojišťovna procentem ze sjednané pojistné částky podle ustanovení odst. 2 - 5.
- (2) Stupeň trvalého poškození zdraví při úplné ztrátě orgánů nebo jejich funkce činí:

Trvalé poškození zdraví následkem úrazu	Procento
Ztráta obou nohou v kotníku nebo výše	100 %
Ztráta obou rukou v zápěstí nebo výše	100 %
Ztráta ruky v zápěstí a nohy v kotníku nebo výše	100 %
Ztráta zraku obou očí	100 %
Ztráta zraku jednoho oka	25 %
Ztráta zraku druhého oka	45 %
Ztráta sluchu obou uší	40 %
Ztráta sluchu jednoho ucha	15 %
Ztráta sluchu druhého ucha	25 %
Ztráta nohy od kolena výše	60 %
Ztráta nohy pod kolenním	50 %
Ztráta nohy v kotníku nebo ztráta chodidla	30 %
Ztráta všech prstů u nohy	15 %
Ztráta palce u nohy	10 %
Ztráta ruky v zápěstí nebo výše	50 %
Ztráta všech prstů ruky	40 %
Ztráta palce ruky	20 %
Ztráta ukazováku	10 %

- (3) Při částečné ztrátě orgánů nebo jejich funkce stanoví odpovídající procento trvalého poškození zdraví z odst. 1 lékař určený pojistkovnou.
- (4) Nelze-li stanovit stupeň trvalého poškození zdraví podle odst. 2, stanoví ho lékař určený pojistkovnou s ohledem na míru funkčnosti poškozeného orgánu.
- (5) V případě, že následkem jednoho úrazu dojde k trvalému poškození zdraví u více orgánů, jednotlivá procenta se sčítají. Celkové plnění přitom nesmí převyšit 100 % pojistné částky. Takto stanovené plnění se sníží o bolestné vyplacené pojistkovnou v souvislosti s tímž úrazem.
- (6) Při léčení úrazu, vyjmenovaného v tabulce (viz příloha k pojistným podmínkám), vyplátí pojistovna na základě žádosti jednorázové plnění („**bolestné**“). Bolestné vypočte pojistovna procentem z pojistné částky, a to podle odst. 7. Za úrazy neuvedené v příložené tabulce pojistovna bolestné neposkytuje.
- (7) V případě, že při jedné pojistné události dojde k několika druhům úrazů uvedeným v tabulce v příloze, poskytuje pojistovna bolestné pouze k jednomu z nich; a to tomu, pro který je stanoveno vyšší procento. Pokud je v jedné položce uvedeno několik částí těla nebo pokud jde o vícečetný úraz jednoho orgánu, poskytuje pojistovna jen jedno bolestné s uvedeným procentem.
- (8) Nárok na bolestné je osobním nárokem pojistěného a smrtí pojistěného zaniká.
- (9) Pojistovna na základě žádosti poskytné při léčení poškození zdraví, ke kterému došlo následkem úrazu v průběhu trvání pojistění, v nemocnici, nejdéle však po dobu 365 dnů v průběhu dvou let ode dne úrazu, plnění ve formě denní dávky (dále jen „**úrazové nemocenské**“) za každý den léčení. Za dny léčení v nemocnici se považují dny, kdy pojistěný byl hospitalizován ve 24:00 hod. Za nemocnice se nepovažují lůžkové léčebny, rehabilitační centra, sanatoria, léčebny pro dlouhodobě nemocné, léčebny tuberkulózy a respiračních onemocnění, léčebny alkoholismu a toxikománie a další odborné léčebné ústavy, ústavy sociální péče a ošetrovny vojenských útvarů.
- (10) Úrazové nemocenské podle odst. 9 činí jednu tisícinu pojistné částky.
- (11) Celkové plnění náležející pojistěnému z úrazového připojištění POPULAR Plus za celou dobu trvání připojištění je omezeno výší pojistné částky. Dosáhne-li celkové plnění výše 100 % pojistné částky, úrazové připojištění POPULAR Plus zaniká.
- (12) Úrazové připojištění POPULAR Plus zahrnuje děti pojistěného od šesti týdnů jejich věku do dosažení věku 18 let. Plnění u dětí se řídí ustanoveními odst. 1 – 11 s tím, že pojistná částka činí jednu třetinu pojistné částky v připojištění pojistěného, nejvýše však 150 000 Kč. Výplatu plnění za dítě pojistěného v této nejvyšší možné výši zaniká zahrnutím příslušného dítěte pojistěného do připojištění. Při zániku úrazového připojištění POPULAR Plus zaniká i zahrnutí dětí do tohoto připojištění.

Článek 13: Plnění v úrazovém připojištění GRAND Plus a GRAND SUPER Plus

- (1) Při smrti úrazem vyplátí pojistovna obmyslenému na základě žádosti plnění ve výši sjednané pojistné částky, jestliže ke smrti následkem úrazu dojde do 90 dnů ode dne úrazu pojistěného.
- (2) Při trvalém poškození zdraví vyplátí pojistovna na základě žádosti jednorázové plnění v závislosti na stupni trvalého poškození zdraví, prokáže li se v průběhu jednoho roku ode dne úrazu, že úraz zanechal trvalé poškození zdraví v rozsahu nejméně 50 %. Jednorázové plnění vypočte pojistovna podle ustanovení článku 12 odst. 2 – 5 a pokud toto procento činí nejméně 50 %, pak pojistovna vyplátí 100 % pojistné částky.
- (3) V případě vzniku nároku na jednorázové plnění podle odst. 2 začne pojistovna v úrazovém připojištění GRAND SUPER Plus vyplácet doživotní **úrazový důchod** ve výši 1 % pojistné částky měsíčně a všechna sjednaná úrazová připojištění zaniknou.
- (4) Úrazový důchod pojistovna vyplácí za kalendářní měsíce následující po dni úrazu, vždy do 10. dne měsíce. Výplata důchodu končí v měsíci smrti poživatelé úrazového důchodu nebo v měsíci, kdy pojistovna oznámila poživateli úrazového důchodu, že na základě nového ocenění trvalého poškození zdraví následkem úrazu pokleslo procento trvalého poškození zdraví pod 50 %.
- (5) Výše úrazového důchodu podle předchozího odstavce se vždy po každém jednom roce jeho výplaty zvyšuje o 4 %.
- (6) Připojištění zahrnuje děti pojistěného od tří let jejich věku do dosažení věku 18 let. Plnění u dětí se řídí ustanoveními odst. 1 – 5 s tím, že pojistná částka činí jednu třetinu pojistné částky v připojištění pojistěného, nejvýše však 150 000 Kč. Výplatu plnění za dítě pojistěného v této nejvyšší možné výši zaniká zahrnutím příslušného dítěte pojistěného do připojištění. Při zániku připojištění zaniká i zahrnutí dětí do tohoto připojištění.
- (7) Plnění pro případ smrti dítěte pojistěného následkem úrazu se sjednává ve výši 3 % z pojistné částky v připojištění pojistěného, nejvýše však 15 000 Kč.

Článek 14: Plnění v připojištění úrazu a nemoci Plus

- (1) Na připojištění úrazu a nemoci Plus se vztahují ustanovení čl. 12 odst. 1 – 8 s tím, že 3. věta v odst. 5 zní: „Takto stanovené plnění se sníží o bolestné a nemocenské vyplacené v souvislosti s tímž úrazem.“
- (2) Při pracovní neschopnosti následkem nemoci nebo úrazu během trvání pojistění, nejdéle však po dobu 365 dní v průběhu dvou let ode dne úrazu nebo vzniku nemoci, poskytne pojistovna na základě žádosti plnění ve formě denní dávky (dále jen „**nemocenské**“) za 29. a každý další den léčení. Za dny léčení v nemocnici se považují dny, kdy pojistěný byl hospitalizován ve 24:00 hod. Za nemocnice se nepovažují lůžkové léčebny, rehabilitační centra, sanatoria, léčebny pro dlouhodobě nemocné, léčebny tuberkulózy a respiračních onemocnění, léčebny alkoholismu a toxikománie a další odborné léčebné ústavy, ústavy sociální péče a ošetrovny vojenských útvarů.
- (3) Nemocenské podle odst. 2 činí jednu tisícinu pojistné částky denně.
- (4) Celkové plnění, náležející pojistěnému z připojištění úrazu a nemoci Plus za celou dobu trvání připojištění, je omezeno výší pojistné částky. Dosáhne li celkové plnění výše 100 % pojistné částky, zaniká nejen připojištění úrazu a nemoci Plus, ale i úrazové připojištění POPULAR Plus, úrazové připojištění GRAND Plus a úrazové připojištění GRAND SUPER Plus, pokud bylo sjednáno.
- (5) Připojištění úrazu a nemoci Plus zahrnuje děti pojistěného od šesti týdnů jejich věku do dosažení věku 18 let. Plnění u dětí se řídí ustanoveními odst. 1 – 4 s tím, že pojistná částka činí jednu třetinu pojistné částky v připojištění pojistěného, nejvýše však 150 000 Kč. Výplatu plnění za dítě pojistěného v této nejvyšší možné výši zaniká zahrnutím příslušného dítěte pojistěného do připojištění. Při zániku připojištění úrazu a nemoci Plus zaniká i zahrnutí dětí do tohoto připojištění.

Článek 15: Připojištění zproštění od placení pojistného

- (1) Pojistník je zproštěn od placení běžného pojistného při pracovní neschopnosti pojistěného na základě žádosti, a to po dobu pracovní neschopnosti pojistěného následkem úrazu nebo nemoci, které nastaly během trvání pojistění; to neplatí pro první tři měsíce po vzniku této pracovní neschopnosti. Nárok na zproštění od placení pojistného nevznikne, pokud k pracovní neschopnosti dojde v době přerušení placení pojistného (čl. 24), nebo pokud ke dni oznámení pracovní neschopnosti není plně uhrazeno dosavadní splatné pojistné, nebo pokud dojde k zániku připojištění vážných onemocnění Plus, resp. připojištění invalidního důchodu, podle čl. 7, odst. 6.
- (2) Pracovní neschopnosti se rozumí neschopnost pojistěného vykonávat v důsledku úrazu nebo nemoci dosavadní výdělečnou činnost, nebo jinou výdělečnou činnost, odpovídající vzdělání, zkušenostem nebo schopnostem pojistěného.
- (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) Pracovní neschopnost podle předpisů o sociálním zabezpečení se považuje za pracovní neschopnost pro účely zproštění od placení pojistného po dobu prvních tří měsíců po vzniku této pracovní neschopnosti. Po uplynutí tří měsíců pracovní neschopnosti ve

smyslu předpisů sociálního zabezpečení posuzuje pracovní neschopnost pro účely zproštění od placení pojistného lékař určený pojistkovnou a o uznání pracovní neschopnosti rozhoduje pojistovna.

- (5) Pojistěný je povinen oznámit pojistovně pracovní neschopnost pro účely zproštění od placení pojistného nejpozději do tří měsíců po jejím vzniku, jinak nárok na zproštění od placení pojistného vznikne až dnem oznámení pracovní neschopnosti – ledaže pojistěný svou povinnost nemohl z vážných důvodů splnit. Oznámení se podává na tiskopise pojistovny, který vyplňuje pojistěný a ošetřující lékař. Přílohou oznámení je vždy lékařská zpráva. Případné poplatky či jiné úhrady za vystavení oznámení pracovní neschopnosti, lékařské zprávy (a nálezy) hradí pojistěný.
- (6) Zproštění od placení pojistného počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného následující po uznání pracovní neschopnosti pojistkovnou. Pojistěný je povinen ihned písemně oznámit pojistovně skončení pracovní neschopnosti.
- (7) Nestanoví-li pojistovna jinak, je pojistěný povinen po vzniku nároku na zproštění od placení pojistného oznamovat a dokladat pracovní neschopnost vždy nejdéle po dvou týdnech jejího trvání. Na žádost pojistovny je pojistěný 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 pojistkovnou; v případě porušení těchto povinností nárok na zproštění od placení pojistného zanikne.
- (8) Právo na zproštění od placení pojistného nevzniká, pokud:
 - pracovní neschopnost byla způsobena nebo zvýšena v přímé nebo nepřímé souvislosti s událostmi uvedenými v čl. 16,
 - pojistěný je nakažen virem lidského selhání imunity (HIV), a to i v případě, že nákaza nezpůsobila nemoc AIDS (syndrom získaného selhání imunity).
- (9) Připojištění zproštění od placení pojistného se nevztahuje na mimořádné pojistné.

Článek 16: Výluky v připojištění

- (1) V připojištění pojistovna neposkytuje plnění, pokud smrt nebo újma na zdraví byla způsobena nebo zvýšena v přímé nebo nepřímé souvislosti:
 - se ztrátou vědomí nebo s podstatným ovlivněním psychické výkonnosti pojistěného, pokud byly způsobeny alkoholem, léky nebo návykovou látkou (platí jen pro připojištění vážných onemocnění Plus),
 - s trestným činem pojistěného, pro který byl soudem uznán vinným; stejně i v případech, kdy k projednání skutku této osoby před soudem nebo jejímu potrestání soudem amnestie prezidentem republiky, promlčení trestního stíhání, vynětí této osoby z pravomoci orgánů činných v trestním řízení nebo neudělení souhlasu s takovým řízením příslušným orgánem, nedostatek trestní odpovědnosti pro nízký věk této osoby, smrt nebo prohlášení za mrtvého 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 přerušeno 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,
 - s řízením motorového vozidla pojistěným bez odpovídajícího řidičského oprávnění,
 - s jízdou odcizeným motorovým vozidlem,
 - s pokusem o sebevraždu, jakož i s úmyslným poškozením vlastního zdraví včetně úmyslného nevyhledání zdravotní péče nebo úmyslného nedbání léčebných pokynů,
 - s válečnými událostmi,
 - s účastí pojistěného na vzpouře, povstání, občanských nepokojích nebo na jiné násilné akci, na straně původců nebo podněcovatelů těchto akcí,
 - s duševní poruchou, epileptickým záchvatem, nervovým kolapsem nebo jiným psychiatrickým onemocněním,
 - s kosmetickými úkony nebo nestandardními léčebnými postupy, s únavovým syndromem,
 - s porodem, potratem nebo umělým přerušeno těhotenství,
 - s radioaktivním zářením nebo s ionizujícími paprsky.
- (2) V připojištění pojistovna neposkytuje plnění, není-li ve smlouvě ujednáno jinak, pokud újma na zdraví byla způsobena nebo zvýšena v přímé nebo nepřímé souvislosti:
 - s letectvím, s výjimkou cestujících motorovými letadly; za tyto cestující se nepovažují posádky letadel a další osoby pracovní činné na palubách letadel,
 - s účastí na závodech v motorových vozidlech, letadlech a plavidlech všeho druhu, včetně přípravných jzd,
 - s účastí na krajských, celostátních a mezinárodních závodech v běhu na lyžích, ve skocích na lyžích, ve slalomu, na bobech, skibobech, saních, skeletozech nebo snowboardech včetně oficiálních přípravných jzd,
 - s účastí na soutěžích v bojových sportech (např. karate, taekwondo, box, kickbox, judo apod.), v horské cyklistice a v jezdeckých včetně oficiálních přípravných jzd,
 - se sportovní a zábavní činností spojenou s vysokým nebezpečím, jako jsou seskoky z letadel (parashutismus), létání včetně používání rogal nebo horkovzdušných balónů, bungee jumping, horolezectví, speleologie, potápění (od 15 m), sjíždění divokých vod, pokusy o rekordy,
 - s pobytem mimo Českou republiku delším než tři měsíce bez souhlasu pojistovny; souhlasu pojistovny není zapotřebí při pobytu na území států Evropské unie, Norska, Švýcarska, Lichtenštejnska, USA a Kanady.

Článek 17: Změna činnosti pojistěného (změna pojistného rizika)

- (1) Je-li součástí pojistné smlouvy některé z výše uvedených připojištění, je pojistěný povinen bezodkladně oznámit pojistovně každou změnu druhu zaměstnání, sportovní, zábavní a jiné činnosti (dále jen „činnost“) uvedené v návrhu na uzavření pojistné smlouvy nebo později pojistovně sdělené.
- (2) Pokud ze změny činnosti pojistěného vyplývá placení nižšího pojistného podle sazebníku pojistného platného v době změny, platí toto pojistné od počátku pojistného období, ve kterém se pojistovna o změně činnosti dozvěděla.
- (3) Pokud ze změny činnosti pojistěného vyplývá placení vyššího pojistného podle sazebníku pojistného platného v době uzavření pojistné smlouvy nebo jiná skutečnost, která by pojistovnu vedla k uzavření pojistné smlouvy za jiných podmínek, vzniká pojistovně právo do jednoho měsíce ode dne, kdy se o změně činnosti dozvěděla, navrhnout změnu pojistné smlouvy ode dne, kdy ke změně činnosti došlo. Pojistník je povinen se k tomuto návrhu vyjádřit do jednoho 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 pojistovna právo pojistnou smlouvu nebo připojištění vypovědět, a to ve lhůtě dvou měsíců ode dne, kdy obdržela nesouhlas pojistníka se změnou pojistné smlouvy, nebo ode dne, kdy uplynula lhůta pro vyjádření pojistníka podle předchozího odstavce. V takovém případě pojistná smlouva nebo připojištění zanikne uplynutím osmi dnů ode dne doručení vypovědi pojistníkovi.
- (5) Jestliže je nová činnost takového charakteru, že by v době uzavření pojistné smlouvy vedla pojistovnu k tomu, aby tuto smlouvu vůbec neuzavřela nebo nesouhlasila se vznikem připojištění, má pojistovna právo pojistnou smlouvu nebo připojištění vypovědět ve lhůtě do jednoho měsíce ode dne, kdy se o nové činnosti dozvěděla. V takovém případě pojistná smlouva nebo připojištění zanikne uplynutím osmi dnů ode dne doručení vypovědi pojistníkovi.
- (6) Jestliže pojistovna pojistnou smlouvu nebo připojištění ve stanovené lhůtě nevyjádřela a ani nepředložila návrh na její změnu, nemůže se dodatečně dovolávat důsledků zvýšení pojistného rizika, není-li dále stanoveno jinak (odst. 8 až 10).
- (7) Pokud ze změny činnosti pojistěného vyplývá placení vyššího pojistného podle sazebníku pojistného platného v době uzavření pojistné smlouvy, poskytuje pojistovna plnou

pojistnou ochranu bez zvýšení pojistného po dobu tří měsíců ode dne změny činnosti, není-li dříve dohodnuta změna pojistné smlouvy.

- (8) Dojde-li v souvislosti s novou činností pojistného k úrazu v období po uplynutí tříměsíční lhůty po změně činnosti pojistného, aniž by došlo k dohodě o placení vyššího pojistného podle odst. 3, nebo k jiné dohodě o změně pojistění, sníží pojistovna plnění z úrazového připojištění v poměru sjednaného pojistného k pojistnému, které by jí náleželo podle sazby platné pro novou činnost v den pojistné události.
- (9) Dojde-li v souvislosti s novou činností pojistného k plné pracovní neschopnosti v období po uplynutí tříměsíční lhůty po změně činnosti pojistného, aniž by došlo k dohodě o placení vyššího pojistného podle odst. 3, nebo k jiné dohodě o změně pojistění, je pojistovna oprávněna odmítnout žádost o zproštění od placení pojistného. Pojištění bez náhrady zanikne dnem doručení oznámení o odmítnutí zproštění.
- (10) Pokud pojistovna nenabízí v připojištěných pojistnou ochranu pro novou činnost pojistného, je oprávněna odmítnout plnění po uplynutí tříměsíční lhůty po změně činnosti pojistného; odmítnutím plnění zanikne příslušné připojištění bez náhrady.

Článek 18: Pojistné

- (1) Pojistné je úplatou za pojištění. Výše pojistného se určuje podle sazeb pro základní pojištění a jednotlivé druhy připojištění a je uvedena v pojistné smlouvě.
- (2) Pojistné se platí buď najednou na celou dobu pojištění (jednorázové pojistné), nebo po dobu trvání pojištění za dohodnutá pojistná období (běžné pojistné). Pojistník je povinen platit pojistné.
- (3) Běžné pojistné je splatné prvního dne pojistného období a jednorázové pojistné dnem počátku pojištění. Zaplacené pojistné se připsuje na individuální účet a převádí se na podílové jednotky v nejbližší investiční den po připsání zaplaceného pojistného na individuální účet.
- (4) Pojistné je stanoveno na základě pojistné matematických metod tak, aby bylo dostatečné a umožňovalo pojistovně trvalou splnitelnost všech jejích závazků vůči účastníkům pojištění i úhradu nákladů spojených s provozováním pojišťovací činnosti.
- (5) Pojistné se stanoví pro sjednané druhy pojištění v závislosti na vstupním věku a pohlaví pojistného, na pojistné době, na výši sjednané pojistné částky, resp. důchodu, a na frekvenci placení pojistného. Součástí pojistného mohou být též náklady spojené s uzavřením pojistné smlouvy a se správou pojištění.
- (6) Pojistovna 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 Investiční životní pojistku 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 základní pojištění se určuje pro každý měsíc během trvání pojištění v závislosti na aktuální výši pojistné částky, na aktuálním věku a pohlaví pojistného. Součástí rizikového pojistného mohou být též náklady spojené s uzavřením pojistné smlouvy a se správou pojištění.
- (8) Vstupní věk pojistného se stanoví rozdílem kalendářního roku počátku pojištění a roku narození pojistného. Aktuální věk pojistného se stanoví rozdílem kalendářního roku trvání pojištění a roku narození pojistného.
- (9) Pokud pojistné nebylo zaplaceno včas nebo ve sjednané výši, má pojistovna právo na úrok z prodlení. Výši úroku z prodlení určuje platný právní předpis.
- (10) V případě, že sjednané pojistné za dané pojistné období není uhrazeno v plné výši, může pojistovna považovat případný kladný rozdíl nebo jeho část, mezi součtem zaplaceného pojistného, včetně mimořádného pojistného, a součtem pojistného za všechna předchozí pojistná období rovněž za platbu sjednaného běžného pojistného za dané pojistné období.
- (11) Pojištění zaniká dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojistovnou v úpomině k zaplacení pojistného nebo jeho části, doručení pojistníkou; nestanoví-li zákon nebo pojistná smlouva jinak. Lhůta nesmí být kratší než jeden měsíc a upomínka musí obsahovat upozornění na zánik pojištění v případě nezaplacení dluzného pojistného.
- (12) Pokud pojistné za další pojistné období nebylo zaplaceno a pojištění by tak mělo být z tohoto důvodu přerušeno, změně se pojištění na pojištění bez dalšího placení pojistného a bez nároku na zproštění od placení pojistného, které bude trvat po dobu, kdy kapitálová hodnota pojištění bude kladná (redukcí pojistné doby). Pojistné období u pojištění bez dalšího placení pojistného je měsíční. Pojištění zaniká posledním dnem pojistného období jež předchází pojistnému období, za které již nebylo z individuálního účtu odepasáno měsíční rizikové pojistné v plné výši.
- (13) Pojistovna má právo na rizikové pojistné a poplatky dle aktuálního sazebníku poplatků za dobu do zániku pojištění.
- (14) Pojistovna je povinna přijmout splatné pojistné a jiné splatné pohledávky z pojištění také od zástavního věřitele pojistníka, oprávněné osoby nebo pojištěného.
- (15) Pojistník může kdykoliv v době trvání pojistné smlouvy zaplatit pojistné nad rámec pojistného sjednaného v pojistné smlouvě, tzv. mimořádné pojistné. Minimální výše mimořádného pojistného je 1 000 Kč. Mimořádné pojistné přijaté od pojistníka v daném pojistném období se u běžné placené pojistné považuje za běžné pojistné uhrazené na toto pojistné období a u jednorázové placené pojistné za jednorázové pojistné na zbylou pojistnou dobu.
- (16) Mimořádné pojistné se platí na účet pojistovny určený k úhradě běžného (jednorázového) pojistného se specifickým symbolem 333. Pojistné zaplacené bez uvedení tohoto specifického symbolu se u pojištění za běžné pojistné považuje za běžné pojistné, u pojištění za jednorázové pojistné za mimořádné pojistné. Specifický symbol 333 se neuvádí v případě platby prvního mimořádného pojistného současně s prvním běžným pojistným.
- (17) Pokud by celkové mimořádné pojistné na jednu i více smluv vztahujících se na jednoho pojistného mělo v kalendářním roce přesáhnout částku 1 mil. Kč, je zaplacení mimořádného pojistného, kterým by mělo dojít k překročení této částky, podmíněno předchozím souhlasem pojistovny.
- (18) Zaměstnavatel může svému zaměstnanci – pojistníkovi poskytovat příspěvek na pojistné (dále jen „příspěvek zaměstnavatele“). Příspěvek zaměstnavatele je součástí pojistného placeného pojistníkem.
- (19) Nezaplátí-li zaměstnavatel splatný příspěvek zaměstnavatele, je pojistník, resp. pojištěný zaměstnanec, povinen uhradit celé pojistné. Nezaplacení splatného příspěvku zaměstnavatele má stejné důsledky jako nezaplacení pojistného pojistníkem ve sjednané výši. Požadá-li pojištěný zaměstnanec při ukončení placení příspěvku zaměstnavatele o snížení pojistného o tento příspěvek, yhoví pojistovna této žádosti, pokud výše minimálního pojistného neklesne pod hranici stanovenou v aktuálním sazebníku poplatků.

Článek 19: Sleva 5 % z běžného pojistného

- (1) Pojistovna poskytuje slevu 5 % z běžného pojistného za všechna připojištění po celou dobu placení běžného pojistného formou SIPO (sdružené inkaso plateb obyvatelstva) nebo SINK (svolení k inkasu, souhlas s inkasem pojistného pojistovnou z bankovního účtu pojistníka).
- (2) Nárok na slevu 5 % trvá jen po dobu skutečného a včasného provádění plateb formou SIPO nebo SINK. Za včasné placení se považuje připsání pojistného k účtu pojistovny nejpozději poslední pracovní den v měsíci, v němž nastala jeho splatnost. To neplatí pro pojistné nebo pojistná, jejichž splatnost nastane v prvních třech měsících trvání pojištění.
- (3) První platbou pojistného po lhůtě splatnosti uvedenou v odst. 2 ztrácí pojistník nárok na slevu 5 % a je povinen platit pojistné v plné výši, přičemž již toto pojistné se považuje za neuhrazené v plné výši. Obdobně se postupuje tehdy, pokud výše prostředků na příslušném účtu nepostačuje k inkasu pojistného.
- (4) Sleva 5 % se nevztahuje na pojistné za základní pojištění a na mimořádné pojistné.

Článek 20: Individuální účet a sazebník poplatků

- (1) Ke dni počátku pojištění zřizuje pojistovna k pojistné smlouvě individuální účet. Na

individuální účet pojistovna připsuje přijaté pojistné, výnosy z prodeje podílových jednotek fondů a eviduje zde nakoupené podílové jednotky fondů.

- (2) Z individuálního účtu si pojistovna odepisuje:
 - měsíční rizikové pojistné za Investiční životní pojistku ke dni jeho splatnosti,
 - měsíční pojistné za sjednaná připojištění ke dni jeho splatnosti,
 - dílčí odkupné,
 - poplatky za sjednání (dále jen „počáteční poplatky“) a správu pojištění, za přepracování pojistné smlouvy, za přijetí mimořádného pojistného a za výplatu dílčího odkupného, poplatky spojené s nákupem nebo prodejem podílových jednotek fondů nebo s jejich správou dle sazebníku poplatků platného v den jejich odepasání z individuálního účtu.
- (3) Pojistovna si může účtovat a z individuálního účtu odepisovat poplatky i za jiné účty požadované pojistníkem, které jsou uvedeny v sazebníku poplatků aktuálního v den účtování poplatku. Pojistovna je oprávněna sazebník poplatků jednostranně měnit.
- (4) Je-li v den odepisování poplatku nebo pojistného dle odst. 2 a 3 počet podílových jednotek jednotlivých fondů evidovaných na individuálním účtu kladný, přepočte se poplatek nebo pojistné na podílové jednotky v poměru aktuálních hodnot podílových jednotek jednotlivých fondů k celkové aktuální hodnotě všech podílových jednotek evidovaných na individuálním účtu. Pokud však je na individuálním účtu evidovaný alespoň u jednoho z fondů záporný zůstatek počtu podílových jednotek, použije se pro přepočtení poplatku nebo pojistného na podílové jednotky aktuální alokační poměr.
- (5) Pojistovna zasláá pojistníkovi bezplatně po ukončení kalendářního roku výpis z individuálního účtu. Další výpisy z individuálního účtu k pojistníkem požadovanému dni se zasílají na základě písemné žádosti a jsou zpoplatněny dle sazebníku poplatků aktuálního ke dni obdržení žádosti.
- (6) Aktuální sazebník poplatků je k nahlédnutí v sídle pojistovny, popř. na internetových stránkách pojistovny (www.wuestenrot.cz).

Článek 21: WI – portfolia, externí fondy, oceňování podílových jednotek

- (1) Pojistovna pro účely investování prostředků pojistníka do podílových jednotek v rámci tohoto pojištění zřídila tyto WI portfolia:
 - WI - dluhopisové portfolio
 - WI - smíšené portfolioJednotlivé WI portfolia se od sebe liší typem investic, rizikem investic a očekávaným výnosem.
- (2) Cílem WI – portfolií a externích fondů je investování prostředků patřících fondu a jejich výnosů realizovaných vlastnictvím nebo nákupem a prodejem investičních nástrojů za účelem dlouhodobého zvyšování hodnoty fondu dle stanovené strategie fondu.
- (3) Pojistník je při sjednání pojištění a během jeho trvání písemně nebo prostřednictvím internetových stránek pojistovny pravidelně informován o vývoji hodnot podílových jednotek fondů, o vývoji aktiv fondů, struktury investičních nástrojů a aktuálních strategií fondů.
- (4) Pojistovna je oprávněna založit nová WI portfolia nebo smluvně ve prospěch pojistníka zprostředkovat investice do externích fondů a zařadit je do aktuální nabídky na nákup podílových jednotek pro toto pojištění. Pojistovna je oprávněna zrušit již existující WI – portfolia, či zrušit zprostředkování investice do externích fondů. Ke zrušení fondu může dojít v případě, kdy hodnota fondu nestačí podle posouzení správce fondu k hospodárnému provozu fondu. Pojistovna 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 jednoho měsíce od obdržení oznámení o rušení fondu pojišťovně písemně neoznámí nový alokační poměr pro fondy, které má pojistovna pro toto pojištění v nabídce, určí nový alokační poměr pojistovna 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 pojistovna obdrží rozhodnutí pojistníka o novém alokačním poměru, nebo po dni, kdy o novém alokačním poměru rozhodne pojistovna sama.
- (6) Pojistovna je oprávněna sama nebo na základě doporučení správce fondu, resp. zakladatel a vlastník externího fondu je oprávněn, rozdělit nebo sloučit podílové jednotky jednotlivých fondů, které vlastní. Tim se změně počet i hodnota podílových jednotek vázaných k fondu. Hodnota podílových jednotek pojistníka evidovaných na individuálním účtu u fondu, jejichž podílové jednotky se sloučily nebo rozdělily, se tímto nemění. Pojistník bude písemně vyrozuměn o aktuálním počtu podílových jednotek dotčených touto operací.
- (7) Aktiva jednotlivých fondů a výnosy plynoucí z těchto aktiv jsou vlastnictvím pojistovny, resp. zakladatele a vlastníka externího fondu, a zůstávají v jejich vlastnictví po celou pojistnou dobu.
- (8) Pojistník, resp. pojištěný, který má možnost během pojištění měnit alokační poměr a rozhodovat o nakupech a prodejích podílových jednotek, nese investiční riziko v plném rozsahu. Pojistovna ani správce fondu negarantují výnos z investic.

Článek 22: Umístění pojistného

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

Článek 23: Převod podílových jednotek a změna alokačního poměru

- (1) Na základě písemné žádosti pojistníka mohou být podílové jednotky jednoho fondu směněny za podílové jednotky vázané k jiným fondům.
- (2) Pojistovna provede přemístění podílových jednotek formou prodeje původních podílových jednotek a nákupu 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) Pojistovna 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 pojistovnou.
- (5) Pojistovna může za změnu alokačního poměru z individuálního účtu srážet jednorázový poplatek podle aktuálního sazebníku poplatků.

Článek 24: Přerušeni placení pojistného

- (1) Placení pojistného může být přerušeno i opakovaně, pokud pojistník má zaplacené pojistné za dobu 12 kalendářních měsíců předcházejících dni počátku přerušeni placení pojistného. První přerušeni placení pojistného je možné nejříve po 24 měsících trvání pojištění. Placení pojistného se přerušuje na základě žádosti pojistníka, a to k prvnímu dni pojistného období nejbližší následujícího po obdržení žádosti pojistovnou, 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 přerušeni placení pojistného může dojít, pokud byla vytvořena odkupní hodnota pojištění definovaná v čl. 26.
- (3) O přerušeni placení pojistného nelze požádat zpětně. Pojistovna si vyhrazuje právo žádost o přerušeni placení pojistného zamítnout.
- (4) Ke dni počátku přerušeni 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 měsících, což je i maximální doba trvání jednoho přerušování. Přerušování placení pojistného lze zrušit písemným oznámením pojistovně, a to k prvním dni pojistného období nejbližší následujícího po obdržení žádosti pojistovnou, není-li pojistníkem výslovně požadováno jinak; vždy však pouze k prvním dni pojistného období.
- (6) Ke dni zrušení přerušování 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 přerušování placení pojistného.
- (7) Přerušování placení pojistného nemá vliv na splatnost pojistného, která nastala přede dnem počátku přerušování.
- (8) Pojistník může požádat o to, aby pojistná ochrana trvala i v době přerušování placení pojistného. Pojistovna žádosti vyhovějí za předpokladu, že na individuálním účtu je dostatek prostředků na úhradu měsíčního rizikového pojistného za Investiční životní pojistku a sjednaná přípojištění a poplatků za celou dobu přerušování.
- (9) V době přerušování placení pojistného, není-li ujednáno jinak,
 - pojistovna neposkytuje plnění za pojistné události vzniklé v této době,
 - nelze pojistníkem provádět změny pojištění uvedené v čl. 27 a 28,
 - nelze pojistníkem provádět změny podílových jednotek a změny alokačního poměru,
 - pojistovna si z individuálního účtu strhává příslušnou část počátečních poplatků
 - mohou být z individuálního účtu strhávány poplatky pojistovny spojené s přerušováním placení pojistného, se správou pojištění, se správou fondů a případně jiné poplatky dle aktuálního sazebníku poplatků,
 - pojistovna si z individuálního účtu strhává měsíční rizikové pojistné za Investiční životní pojistku a sjednaná přípojištění, pokud trvá pojistná ochrana.
- (10) Doba přerušování placení pojistného se započítává do pojistné doby.
- (11) Placení pojistného nemůže být přerušeno, pokud je plnění z pojistné smlouvy předmětem zástavní smlouvy nebo postoupeno.

Článek 25: Přerušování pojištění pro neplacení pojistného

- (1) Pokud pojistné nebylo zapláceno do šesti měsíců ode dne jeho splatnosti, pojištění se uplynutím této lhůty přerušuje, nestanoví-li tyto pojistné podmínky jinak.
- (2) Za dobu přerušování pojištění netrvá povinnost platit pojistné a není právo na plnění ze škodních událostí, které nastaly v době přerušování a které by jinak byly pojistnými událostmi.
- (3) Doba přerušování pojištění se započítává do pojistné doby.
- (4) Přerušované pojištění se obnovuje k prvním dni měsíce nejbližší následujícího po zaplacení celého dlužného pojistného, dále pojistného, jehož splatnost má po tomto dni nejdříve nastat, a poplatků za obnovení pojištění, pokud již dříve jinak nezaniklo.
- (5) Ke dni počátku přerušování pojištění pro neplacení pojistného se podílové jednotky všech fondů evidované na individuálním účtu převedou na podílové jednotky WI – peněžního portfolia. Ke dni obnovení pojištění se podílové jednotky WI – peněžního portfolia převedou na podílové jednotky fondů dle alokačního poměru platného ke dni ukončení přerušování pojištění. Převody podílových jednotek se uskutečňují za nákupní a prodejní ceny podílových jednotek fondů ke dni převodu.
- (6) V době přerušování pojištění
 - nelze pojistníkem provádět změny pojištění uvedené v čl. 27 a 28,
 - nelze pojistníkem provádět změny podílových jednotek a změny alokačního poměru,
 - mohou být z individuálního účtu strhávány poplatky a náklady pojistovny spojené s přerušováním pojištění, se správou pojištění, se správou fondů a případně jiné poplatky dle aktuálního sazebníku poplatků. Splátnost poplatků a nákladů je ke dni obnovení pojištění.

Článek 26: Výpověď pojištění

- (1) Pojistovna nebo pojistník mohou vypovědět pojištění do dvou měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy. Dnem doručení výpovědi počíná běžet osmidenáti výpovědní lhůta, jejímž uplynutím pojištění zaniká.
- (2) 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 pojistovně.
- (3) Pojistník může vypovědět pojištění za běžné pojistné ke konci pojistného období. Výpověď musí být doručena alespoň šest týdnů před uplynutím pojistného období, jinak je neplatná.
- (4) Při zániku pojištění za jednorázové pojistné výpovědi po jednom roce trvání pojištění a při zániku pojištění za běžné pojistné výpovědi po dvou letech trvání pojištění vyplatí pojistovna odkupné. Výplatu odkupného pojištění zaniká.
- (5) Odkupné u Investiční životní pojistiky je kapitálová hodnota pojištění (viz def. v čl. 1), snížená o ke dni zániku dosud neuhrazené počáteční náklady pojištění.
- (6) Pojistník má právo kdykoli v době trvání pojištění požadovat po pojistovně sdělení o tom, kolik by činila výše odkupného. Pojistovna výši odkupného sdělí ve lhůtě jednoho měsíce ode dne obdržení žádosti pojistníka. Každá druhá a další žádost o sdělení výše odkupného v jednom kalendářním roce podléhá poplatku.
- (7) Odkupné je splatné do tří měsíců ode dne zániku pojištění.
- (8) Právo na výplatu odkupného nevzniká u žádného přípojištění.
- (9) Pojistník se souhlasem pojistovně nebo pojistovna mohou vypovědět přípojištění s běžným pojistným ke konci pojistného období. Výpověď musí být doručena alespoň šest týdnů před uplynutím pojistného období, jinak je neplatná.
- (10) Pojistník se souhlasem pojistovně nebo pojistovna mohou vypovědět přípojištění do tří měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události. Dnem doručení výpovědi počíná běžet výpovědní lhůta jednoho měsíce, jejímž uplynutím přípojištění zaniká.

Článek 27: Změny pojištění

- (1) Pojistník může požádat o změnu pojištění, pokud je celkové zaplacené pojistné (včetně mimořádných pojistných) za uplynulou dobu trvání pojištění vyšší nebo rovno než celkové pojistné dohodnuté v pojistné smlouvě za stejnou dobu. Žádost je nutno doručit pojistovně nejméně jeden měsíc před počátkem pojistného období, ke kterému má dojít ke změně pojištění.
- (2) Pojistník může vždy u pojištění za běžné placené pojistné k počátku následujícího pojistného období, nejdříve však po dvou letech trvání pojištění, požádat o:
 - a) snížení sjednaných pojistných částek; pojistovna sdělí pojistníkovi novou výši běžného pojistného;
 - b) snížení běžného pojistného; pojistovna žádosti vyhovějí, pokud snížené běžné pojistné neklesne pod minimální pojistné stanovené pro pojistnou částku pojištěného rizika platnou ke dni účinnosti změny.
- (3) Pojistník může vždy u pojištění za běžné placené pojistné k počátku následujícího pojistného období nebo u pojištění za jednorázové pojistné k počátku následujícího měsíce požádat o:
 - a) zvýšení sjednaných pojistných částek; pojistovna sdělí pojistníkovi novou výši běžného pojistného za předpokladu, že při přezkoumání zdravotního stavu a činnosti pojištěného nevyjdou najevo skutečnosti, které by zvýšení pojistných částek bránily;
 - b) zvýšení běžného pojistného; pojistovna sdělí pojistníkovi v případě přípojištění novou výši pojistné částky stanovenou pro zvýšené pojistné;
 - c) předčasné ukončení některého nebo všech sjednaných přípojištění nebo dodatečné sjednání dosud neuhrazených přípojištění; pojistovna sdělí pojistníkovi novou výši pojistného pro aktuálně uzavřená přípojištění a základní pojištění.
- (4) Pojistník může vždy k výročnímu dni trvání pojištění požádat o:
 - a) prodloužení pojistné doby, které je možné od 1. výročí pojištění, nebo ke zkrácení

pojistné doby pojištění, které je možné nejdříve po uplynutí 2. roku trvání pojištění a za předpokladu, že je kapitálová hodnota pojištění upravená o neuhrazené počáteční náklady kladná;

- b) nastavení pojištění do režimu indexování nebo jeho vyřazení z tohoto režimu;
 - c) změnu pojištěného; pojistovna žádosti vyhovějí za předpokladu, že jde o změnu po uplynutí 2. roku trvání pojištění a že je kapitálová hodnota pojištění kladná.
- (5) Pojistovna žádosti o změnu vyhovějí za předpokladu, že je splněna podmínka v odst. 1 a že výše pojistného a pojistných částek neklesnou pod minimální částky vyžadované pojistovnou pro toto pojištění.
 - (6) Před provedením požadované změny podle odst. 2, odst. 3, písm. c) a odst. 4, písm. a) a c) odepíše pojistovna jednorázově ke dni účinnosti změny alikvotní část nesplacených počátečních nákladů odpovídajících kladné výši rozdílu původního pojistného a nového pojistného.
 - (7) Dojde-li ke změně pojištění podle odst. 3 a odst. 4, písm. a) a c) 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.
 - (8) Pojistovna má právo na předčasné ukončení sjednaných přípojištění u pojištění za běžné placené pojistné k počátku následujícího pojistného období nebo u pojištění za jednorázové placené pojistné k počátku následujícího měsíce. Přitom nemusí být splněny podmínky odst. 1 a 5.

Článek 28: Redukce pojištění

- (1) Pojistník, kterému vznikl nárok na odkupné a který nechtěl pokračovat v placení běžného pojistného, může požádat o zkrácení doby pojištění (redukce pojistné doby) nebo o snížení pojistných částek pojištění (redukce pojistných částek) bez dalšího placení pojistného.
- (2) Pojistník může požádat o redukci 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 pojistovnou pro toto pojištění stanovené minimální pojistné částky.
- (3) Žádost o redukci pojistné doby nebo pojistných částek je nutno doručit pojistovně nejméně 1 měsíc před počátkem pojistného období, k němuž má dojít k redukci pojištění.
- (4) Při redukci pojistné doby nebo pojistných částek zůstává zachováno právo pojistníka na výpověď pojištění s výplatou odkupného.
- (5) Ke dni účinnosti redukce pojistné doby nebo pojistných částek se podílové jednotky všech fondů evidované na individuálním účtu převedou na podílové jednotky WI – peněžního portfolia po zbylou pojistnou dobu. Převody podílových jednotek se uskutečňují za nákupní a prodejní ceny podílových jednotek fondů ke dni převodu.
- (6) V době redukování pojištění
 - nelze pojistníkem provádět změny pojištění uvedené v čl. 27,
 - nelze pojistníkem provádět změny podílových jednotek a změny alokačního poměru,
 - jsou z individuálního účtu strhávány poplatky a náklady pojistovny spojené se správou pojištění, měsíční rizikové pojistné za Investiční životní pojistku a za platná přípojištění a případně jiné poplatky dle aktuálního sazebníku poplatků.
- (7) Pojištění s redukovanou pojistnou dobou končí podle čl. 18, odst. 12, pojištění s redukovánými pojistnými částkami končí smrtí pojištěného nebo dožitím se sjednaného věku (konec pojištění).

Článek 29: Konec pojištění

- (1) Není-li v pojistné smlouvě sjednaný konec pojištění, pak se za konec pojištění považuje poslední den před výročním dnem počátku pojištění v kalendářním roce, v němž se má pojištění dožít věku 70 let. K tomuto dni pojištění zaniká.
- (2) Všechna sjednaná přípojištění končí v den sjednaný jako konec pojištění, nejspoději však poslední den před výročním dnem počátku pojištění v kalendářním roce, v němž se má pojištění dožít věku 65 let.
- (3) Pojistník a pojistovna se mohou dohodnout na zániku pojištění. V takové dohodě musí být určen okamžik zániku pojištění a dohodnut způsob vzájemného vyrovnání závazků.

Článek 30: Dílčí odkupné a půjčka

- (1) Pojistovna poskytne pojistníkovi na základě jeho žádosti dílčí odkupné; stav individuálního účtu (kapitálová hodnota pojištění) a příslušný počet podílových jednotek fondů dle platného alokačního poměru se sníží o částku dílčího odkupného. Maximální možnou výši dílčího odkupného stanoví pojistovna podle pojistné technických zásad, maximálně však ve výši 90 % odkupného s tím, že zůstane individuálního účtu, resp. podílových jednotek, po výplatě dílčího odkupného musí postačovat na úhradu minimálně šesti měsíčních rizikových pojistných. Právo na výplatu dílčího odkupného má pojistník po šesti týdnech od doručení žádosti pojistovně, nejdříve však po dvou letech trvání pojištění.
- (2) Pojistovna může poskytnout pojistníkovi na základě jeho žádosti úročenou půjčku. Podmínky poskytnutí, čerpání a splácení půjčky se dohodnou v samostatné smlouvě.
- (3) Nastane-li pojistná událost, odečte se neumořena část půjčky včetně úroků od plnění.
- (4) Není-li pojistník současně pojištěným, pak lze poskytnout půjčku nebo vyplatit odkupné či dílčí odkupné jen se souhlasem pojistovně.
- (5) Půjčka nebo dílčí odkupné nelze poskytnout, pokud je plnění z pojistné smlouvy předmětem zástavní smlouvy nebo postoupeno.

Článek 31: Ochrana proti inflaci

- (1) Ochrana proti inflaci (dále jen „Indexace“) je automatické zvyšování pojistných částek a pojistného ke dni výročí počátku pojištění. Indexace lze sjednat u 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 pojistovna. Pokud je roční růst spotřebitelských cen menší než 4 %, použije se index 1,04. Zvýšení pojistné částky pojistovna vypočte zvýšením pojistného podle pojistné technických zásad.
- (3) Pojistník obdrží sdělení o nové výši pojistného a pojistných částek nejméně jeden měsíc přede dnem výročí počátku pojištění. Pokud pojistovna přede dnem výročí počátku pojištění obdrží žádost pojistníka o ponechání dosavadní výše pojistné částky, vyhovějí této žádosti. Odmítne-li pojistník ochranu proti inflaci v jednom roce, ztrácí tím nárok na ochranu proti inflaci v dalších letech.
- (4) Ochrana proti inflaci se vztahuje na všechny druhy pojištění sjednané v jedné pojistné smlouvě.
- (5) Ochrana proti inflaci se neprovádí, pokud vznikl nárok na zproštění od placení pojistného.

Článek 32: Adresy a sdělení

- (1) Pojistník informuje bezodkladně pojistovnu o každé změně své adresy.
- (2) Pojistovna zasílá pojistníkovi poštovní zásilky na jeho poslední známou adresu v České republice. Pokud pojistník přesídlí do ciziny, musí pojistovně sdělit dodací adresu a jméno osoby na území České republiky, kterou zmocnil k přijímání zásilek od pojistovny.
- (3) Pokud poštovní zásilka zaslána pojistovnou nezastihla adresáta na poslední adresu známé pojistovně, za den doručení se považuje den, kdy se zásilka dostala do dispozice adresáta na této 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. Odepre-li adresát písemnost převzít, je písemnost doručena dnem, kdy její přijetí bylo odepřeno; adresát o důsledku odepření převzetí nemusí být poučen.
- (4) Pojistník nebo pojištěný je povinen bezodkladně oznámit pojistovně ukončení trvalého

- pobytu pojištěného na území České republiky a každou změnu jeho přechodného pobytu mimo Českou republiku delšího než tři měsíce; to neplatí pro pobyt na území států Evropské unie, Norska, Švýcarska, Lichtenštejnska, USA a Kanady.
- (5) Veškerá sdělení, oznámení, žádosti a stížnosti týkající se pojištění se podávají písemně, v českém jazyce, ve formě předepsané pojišťovnou. Sdělení pojišťovně (např. výpověď, odstoupení) jsou účinná jejich doručením do sídla pojišťovny.
- (6) Stížnosti se využívají ve lhůtě do jednoho měsíce od data doručení do sídla pojišťovny. Pokud stížnost vyžaduje delší čas k vyřízení, vyzoomí pojišťovna písemně stěžovatele o prodloužení lhůty na dva měsíce. Uvedené lhůty neběží, je-li šetření stížnosti znemožněno nebo ztíženo z viny pojistníka, pojištěného nebo oprávněné osoby.
- (7) V případě, že pojistník, pojištěná osoba nebo oprávněná osoba má výhrady ke stanovis-ku pojišťovny ke stížnosti, může stížnost postoupit České národní bance.

Článek 33: Účinnost

Tyto pojistné podmínky se vztahují na pojištění sjednaná pojišťovnou od 1.8.2007.

Druh úrazu	Procento
Úrazy hlavy	
Zlomenina klenby lební	1,8 %
Zlomenina kostí spánkové	1,4 %
Zlomenina okraje očníce	2,0 %
Zlomenina kostí nosních s posunutím nebo vpáčením úlomků	1,6 %
Zlomenina kostí lící	2,0 %
Zlomenina dolní čelisti bez posunutí úlomků	1,6 %
Zlomenina dolní čelisti s posunutím úlomků	2,8 %
Tříštivá zlomenina spodní čelisti	4,0 %
Zlomenina horní čelisti bez posunutí úlomků	1,4 %
Zlomenina horní čelisti s posunutím úlomků	1,6 %
Nitrolební krvácení	10,0 %
Otřes mozku II. a III. stupně s hospitalizací	4,0 %
Úrazy oka, ucha a krku	
Poleptání (popálení) oční spojivky 3.stupně	2,0 %
Poleptání dutiny ústní a celé oblasti krku	4,0 %
Zlomenina jazyky nebo chrupavky hrtanu	4,4 %
Odchlípení sítnice vzniklé přímým mechanickým zasažením oka	4,0 %
Rána pronikající do očníce komplikovaná cizím tělískem	3,0 %
Rána rohovky nebo bělmy s proděravěním, léčená chirurgicky	2,0 %
Poranění oka vyžadující jeho bezprostřední vynětí	4,0 %
Rozsáhlé poranění boltce a zvukovodu	2,0 %
Proděravění bubínku s druhotnou infekcí, s hospitalizací	2,0 %
Perforující poranění hrtanu nebo průdušnice	6,0 %
Proděravění jícnu	6,0 %
Úrazy hrudníku	
Zlomeniny kostí hrudní s posunutím úlomků	2,0 %
Otevřená zlomenina kosti hrudní	4,0 %
Zlomenina kosti hrudní nebo více žeber, klinicky prokázána	2,0 %
Zhmoždění hrudníku těžšího stupně	2,0 %
Poranění plic, operativní řešení	8,0 %
Urazové poškození srdce, klinicky prokázáno	20,0 %
Pourazový pneumotorax zavřený	4,0 %
Pourazový pneumotorax otevřený	10,0 %
Úrazy páteře, pánve a břicha	
Zlomenina jednoho trnového výběžku	1,4 %
Otevřená zlomenina obratle kromě kostrče	4,0 %
Kompresivní zlomeniny páteře (obratle, kromě kostrče) 18 %	12,0 %
Roztržštěná zlomeniny těl obratlů krčních, hrudních nebo bederních	12,0 %
Zlomenina lopaty kosti kyčelní bez posunutí	1,8 %
Zlomenina lopaty kosti kyčelní s posunem	4,0 %
Zlomenina kosti křížové	1,8 %
Zlomenina kostrče	1,4 %
Zlomenina kosti stydké nebo kyčelní	8,4 %
Tříštivá zlomenina pánve nebo kyčle	8,0 %
Ruptura jater, operační řešení	6,0 %
Ruptura sleziny, operační řešení, odejmutí	5,0 %
Rány pronikající do dutiny břišní s poraněním břišních orgánů	6,0 %
Poranění ledvin, operační řešení, odejmutí	8,0 %
Poranění močového měchýře a močové roury, operační řešení	5,0 %

Druh úrazu	Procento
Úrazy horní končetiny	
Zlomenina těla lopatky	1,6 %
Zlomenina krčku lopatky	1,6 %
Zlomenina klíčku úplná léčená konzervativně fixací	2,0 %
Zlomenina klíčku s posunem léčená konzervativně	2,8 %
Zlomenina klíčku úplná léčená operací	3,2 %
Mnohočetná, tříštivá zlomenina klíční kosti	12,0 %
Otevřená zlomenina ramenního pletence	4,0 %
Zlomenina kosti pažní	4,0 %
Zlomenina kosti loketní	4,0 %
Zlomenina kosti vřetení	4,0 %
Zlomenina obou kostí předloktí	4,0 %
Zlomenina kostí zápěstních	6,0 %
Otevřená zlomenina ruky kromě prstů	4,0 %
Otevřená zlomenina prstů ruky	2,0 %
Podvrtnutí loketního kloubu, sádrová fixace	2,0 %
Podvrtnutí zápěstí, sádrová fixace	2,0 %
Úplné přerušení šlach ohybačů a natahovačů prstů ruky	2,0 %
Přetržení (odtržení) šlachy dvouhlavého svalu pažního	6,0 %
Vymknutí kloubu mezi klíčkem a kostí hrudní, potvrzené rtg.	3,0 %
Vymknutí kloubu mezi klíčkem a lopatkou, potvrzené rtg.	3,0 %
Vymknutí kosti pažní (ramene), potvrzené rtg.	4,0 %
Vymknutí předloktí (lokte), potvrzené rtg.	4,0 %
Vymknutí zápěstí, potvrzené rtg.	5,0 %
Vymknutí jednoho prstu ruky, potvrzené rtg.	2,0 %
Amputace paže	14,0 %
Amputace jednoho předloktí	12,0 %
Amputace ruky	8,0 %
Amputace jednoho celého prstu	2,0 %
Úrazy dolní končetiny	
Zlomenina v oblasti krčku stehenní kosti	10,0 %
Zlomenina těla kosti stehenní bez posunu úlomků	10,0 %
Otevřená zlomenina kosti stehenní nebo léčená operativně	20,0 %
Zlomenina česky	2,4 %
Zlomenina česky otevřená	8,0 %
Zlomenina kosti holenní	8,0 %
Zlomenina kosti lýtkové	1,6 %
Zlomenina kosti bérce včetně nitrokloubních	8,0 %
Zlomenina obou kostí bérce	12,0 %
Mnohočetná tříštivá zlomenina bérce	12,0 %
Zlomenina zevního nebo vnitřního kotníku	2,8 %
Zlomenina kosti patní	8,0 %
Mnohočetná, tříštivá zlomenina kosti patní	12,0 %
Zlomenina kosti hlezenné	8,4 %
Otevřená zlomenina nohy, kromě prstů a paty	4,0 %
Přetržení většího svalu nebo šlachy, léčené konzervativně	1,6 %
Přetržení většího svalu nebo šlachy, léčené operativně	5,0 %
Přetržení Achillovy šlachy, léčené operativně	4,0 %
Podvrtnutí kolenního kloubu, sádrová fixace	1,4 %
Natržení vnitřního nebo zevního postranního vazy kolenního	1,4 %
Natržení zkríženého vazy kolenního	1,8 %
Přetržení postranního vazy kolenního	2,8 %
Přetržení zkríženého vazy kolenního	4,4 %
Natržení vnitřního nebo zevního postranního vazy kloubu hlezenného	1,4 %
Přetržení vnitřního nebo postranního vazy kloubu hlezenného	1,6 %
Poranění zevního nebo vnitřního menisku, léčené konzervativně	1,4 %
Poranění zevního nebo vnitřního menisku, léčené operativně	2,8 %
Vymknutí česky, potvrzené rtg.	1,4 %
Vymknutí hlezenné kosti	2,0 %
Amputace dolní končetiny ve stehně	20,0 %
Amputace bérce	16,0 %
Amputace nohy	12,0 %
Amputace palce nohy	4,0 %
Amputace jednotlivého celého prstu nohy kromě palce	2,0 %
Popálení	
2. stupně do 5 % povrchu těla, minimálně však 10 cm ²	2,1 %
2. stupně do 15 % povrchu těla	4,2 %
2. stupně do 30 % povrchu těla	8,4 %
2. stupně do 50 % povrchu těla	11,2 %
2. stupně nad 50 % povrchu těla	14,0 %
3. stupně do 10 cm ² povrchu těla	2,0 %
3. stupně do 5 % povrchu těla	3,0 %
3. stupně do 10 % povrchu těla	5,4 %
3. stupně do 15 % povrchu těla	7,0 %
3. stupně do 20 % povrchu těla	8,4 %
3. stupně do 40 % povrchu těla	14,4 %
3. stupně nad 40 % povrchu těla	20,0 %

NAV/IZP/FO1/03

Poučení ve smyslu zák.č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů

Pojišťovna Vás tímto jako správce osobních údajů informuje o následujících skutečnostech:

- nejste povinen poskytnout pojišťovně jakékoliv údaje o své osobě, jste oprávněn odmítnout poskytnutí těchto údajů a poskytnete-li jakékoliv osobní údaje, činíte tak zcela dobrovolně; pokud však údaje v rozsahu stanoveném pojišťovnou neposkytnete, je pojišťovna oprávněna odmítnout návrh na uzavření příslušné pojistné smlouvy,
- Vaše osobní údaje budou zpracovány ručně i automatizovaně prostřednictvím zaměstnanců pojišťovny a dále zpracovatelů na základě smluv o zpracování osobních údajů za podmínek zákona o ochraně osobních údajů,
- Vaše osobní údaje budou zabezpečeny uchovávány v elektronické nebo listinné podobě,
- máte právo přístupu ke svým osobním údajům; na základě písemné žádosti klienta je Vám pojišťovna jednou za kalendářní rok povinna bezplatně poskytnout informace o osobních údajích o Vás zpracovávaných, jinak kdykoli za přiměřenou úhradu nepřevyšující náklady nezbytné k poskytnutí informace,
- máte právo, domníváte-li se, že pojišťovna nebo zpracovatel provádí zpracování Vašich osobních údajů v rozporu s ochranou Vašeho soukromého a osobního života nebo v rozporu se zákonem:
 - požádat pojišťovnu nebo zpracovatele o vysvětlení,
 - požadovat, aby pojišťovna nebo zpracovatel odstranili takto vzniklý stav; pojišťovna nebo zpracovatel jsou povinni neprodleně odstranit takto vzniklý stav, je-li Vaše žádost shledána oprávněnou,
- máte právo obrátit se na Úřad pro ochranu osobních údajů se žádostí o zajištění opatření k nápravě, pokud pojišťovna nebo zpracovatel nevyhoví Vaší žádosti podle předchozího odstavce, můžete se na tento úřad obrátit i přímo,
- souhlas se zpracováním citlivých údajů můžete kdykoli odvolat; berete na vědomí, že po dobu odvolání souhlasu se zpracováním citlivých údajů neprobíhá šetření nutné ke zjištění rozsahu povinností pojišťovny plnit.

Detailní informace související se zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, jsou k dispozici i na informačních poradenských centrech, přímo v centrále pojišťovny, na jejich internetových stránkách www.wuestenrot.cz, či bezplatně na zelené telefonní lince 800 225 555.

Vysvětlení k prohlášení politicky exponované osoby

Politicky exponovanou osobou ve smyslu § 4 odst. 5 zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu se rozumí:

- fyzická osoba ve významné veřejné funkci s celostátní působností**, jako je např. hlava státu, předseda vlády, ministr, náměstek či člen ústavního soudu, člen nejvyššího soudu, ústavního soudu nebo jiného vyššího soudního orgánu, proti jehož rozhodnutí až na výjimky nelze použít opravné prostředky, člen účetního dvora, člen vrcholného orgánu centrální banky, vysoký důstojník v ozbrojených silách nebo sborech, člen správního, řídicího nebo kontrolního orgánu podniku ve vlastnictví státu, velvyslanec nebo chargé d'affaires, **nebo fyzická osoba, která obdobně funkce vykonává v orgánech EU nebo jiných mezinárodních organizacích**, má-li tato osoba bydliště mimo ČR nebo takovou funkci vykonává mimo ČR,
- fyzická osoba, která je rodinným příslušníkem** uvedené v písm. a), zejména manžel, partner, rodič, syn/dcera, zeť/snacha příp. osoba ve vztahu obdobném, nebo **v blízkém podnikatelském vztahu** s osobou uvedenou v písm. a), zejména společník nebo skutečný majitel stejné právnické osoby nebo skutečný majitel právnické osoby, která byla vytvořena ve prospěch osoby uvedené v písm. a).