

POJISTNÉ PODMÍNKY PRO ŽIVOTNÍ POJISTĚNÍ SPECIAL

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 životním pojištění SPECIAL a připojištění k němu (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“).

Obmyšlený 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.

Článek 1: Uzavření pojistné smlouvy

- Návrh na uzavření pojistné smlouvy (dále jen „návrh“) předkládá pojistník písemně na tiskopise pojišťovny. Pojistník je povinen odpovědět pravdivě a úplně na všechny písemné dotazy pojišťovny týkající se sjednávajícího pojištění. To platí též, jde-li o změnu pojištění. Má-li být pojištěna jiná osoba, má i tato osoba stejnou povinnost. Stejnou povinnost má i 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 pojištěvané osoby. Za tímto účelem se může pojišťovna obrátit na lékaře, nemocnice a další zdravotnická zařízení, ve kterých byly pojištěvané osoby léčeny či vyšetřovány. 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 lékařská prohlídka, činí tato lhůta 2 měsíce. Lhůta pro přijetí návrhu přitom nemůže uplynout před navrhovaným dnem počátku pojištění.
- Pojistná smlouva je uzavřena okamžikem, kdy pojistník obdrží pojistku jako potvrzení a) o uzavření pojistné smlouvy. Součástí pojistné smlouvy je návrh. Součástí pojistné smlouvy jsou dále tyto pojistné podmínky a další případná smluvní ujednání. Pojistná smlouva se řídí právním řádem České republiky a vztahují se na ni příslušná zákonná ustanovení, zejména zákona o pojistné smlouvě a občanského zákoníku. Nejedná se b) o pojištění uzavírané na dálku.
- Pojištěným nemůže být tzv. nepojistitelná osoba, za kterou se považuje osoba ke dni podání návrhu závislá na alkoholu nebo jiných návykových látkách, a dále osoba ke dni podání návrhu praceneschopná.
- 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 nedbalosti nepravdivě nebo neúplně písemné dotazy pojišťovny týkající se sjednávajícího pojištění, má pojišťovna právo od pojistné smlouvy odstoupit, jestliže při pravdivém a úplném zodpovězení dotazů by pojišťovnou smlouvu neuzavřela. Toto právo pojišťovna uplatnit do 2 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 jí zmocněný zástupce nepravdivě nebo neúplně zodpověděl jeho písemné dotazy týkající se sjednávajícího pojištění. Odstoupení od pojistné smlouvy se zasílá do sídla pojišťovny.
- Odstoupení od pojistné smlouvy musí být odůvodněno, musí z něj být zřejmé, ze které skutečnosti nebo skutečností odstoupí svůj právo od pojistné smlouvy odstoupit odvozkou. 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, případně další dodatečné náklady spojené se vznikem pojištění nebo s odstoupením od pojistné smlouvy. Pojistník nebo pojištěný, který není současně pojistníkem, popřípadě obmyšlený, je ve stejné lhůtě jako pojišťovna povinen pojišťovně vrátit částku vyplaceného plnění, která přesahuje výši zaplaceného pojistného.

Článek 2: Začátek pojistné ochrany

- Pojistná ochrana začíná nejdříve dnem počátku pojištění, pokud k tomuto dni již bylo vyhotoveno potvrzení o uzavření pojistné smlouvy pojišťovnou. Jinak pojistná ochrana začíná až v 00 hod. dne následujícího po vyhotovení potvrzení o uzavření pojistné smlouvy pojišťovnou, nejdříve však v 00 hod. dne následujícího po zaplacení prvního nebo jednorázového pojistného. 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 sjednaném počátku pojištění.
- Zaplátí-li pojistník první nebo jednorázové pojistné za Životní, Úvěrovou nebo Kapitálovou pojistku 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.
- (Pojistná ochrana podle odst. 2 spočívá v tom, že pojistnou událostí je pouze smrt úrazem v rozsahu a podle podmínek úrazového připojištění GRAND Plus, s nejvyšší pojistnou částkou uvedenou v návrhu u Životní, Úvěrové nebo Kapitálové pojistiky, nejvýše však 500 000 Kč. Dalším omezením pojistné ochrany je pojistitelnost osoby, která má

být pojištěna, jak jí běžně posuzuje pojišťovna při posuzování návrhu. Za nepojistitelné osoby, na které se tato pojistná ochrana nevztahuje, pojišťovna považuje zejména nepojistitelné osoby podle čl. 1 odst. 8, dále pak osoby ke dni podání návrhu trpící nervovou nebo duševní poruchou, úplnou slepotou, hluchotou a osobu, jejichž trvalé následky úrazu podle podmínek a tabulek úrazového připojištění GRAND jsou vyšší než 70 %.

- Pojištění podle odst. 2 a 3 se označuje jako prozatímní pojištění. Po vyplnění návrhu je tento návrh potvrzením o uzavření prozatímního pojištění za podmínky úhrady prvního nebo jednorázového pojistného podle odst. 2. Prozatímní pojištění končí okamžikem, kdy začíná pojištění, sjednané na základě návrhu. Prozatímní pojištění končí také okamžikem odmítnutí tohoto návrhu pojišťovnou, nebo doručením návrhu pojišťovny na uzavření smlouvy o životním pojištění pojistníkovi za podmínek odchýlných od návrhu pojistníka; doba trvání prozatímního pojištění nemůže nikdy přesáhnout 60 dní.
- 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 nevrátí, toto pojistné se považuje za pojistné zaplacené za prozatímní pojištění.

Článek 3: Druhy pojištění

- Základními druhy pojištění SPECIAL jsou tato obnosová pojištění:
 - pojištění pro případ smrti (dále jen „Životní pojistka“),
 - pojištění pro případ smrti s každoročně klesající pojistnou částkou (dále jen „Úvěrová pojistka“),
 - pojištění pro případ smrti nebo dožití (dále jen „Kapitálová pojistka“)
- V jedné pojistné smlouvě lze současně se základním pojištěním sjednat tato obnosová připojištění:
 - připojištění vážných onemocnění Plus,
 - připojištění invalidního důchodu,
 - úrazové připojištění
 - připojištění zproštění od placení pojistného.
- Součástí Kapitálové pojistiky je za dále stanovených podmínek zproštění od placení úroků.
- Životní pojistka SPECIAL je pojištění pro případ smrti pojištěného během trvání pojištění za běžné, nebo jednorázové pojistné. Pojistné plnění se sjednává ve formě jednorázového plnění ve výši sjednané pojistné částky. Smrtí pojištěného pojištění zaniká. Dožije-li se pojištěný sjednaného konce pojištění, zaniká pojištění tímto dnem.
- Úvěrová pojistka SPECIAL je pojištění pro případ smrti pojištěného během trvání pojištění za běžné pojistné se zkrácenou dobou placení pojistného, nebo za jednorázové pojistné. Pojistné plnění se sjednává ve formě jednorázového plnění ve výši pojistné částky, která se snižuje během trvání pojištění počátkem každého pojistného roku o stejný obnos ve výši podílu sjednané pojistné částky a pojistné doby. Smrtí pojištěného pojištění zaniká. Dožije-li se pojištěný sjednaného konce pojištění, zaniká pojištění tímto dnem.
- Kapitálová pojistka SPECIAL je pojištění pro případ smrti pojištěného během trvání pojištění, nebo pro případ dožití se pojištěného sjednaného věku (konce pojištění), a to za běžné, nebo jednorázové pojistné. Pojistné plnění se sjednává ve formě jednorázového plnění ve výši sjednané pojistné částky. Smrtí pojištěného pojištění zaniká. Dožije-li se pojištěný sjednaného věku (konce pojištění), pojištění tímto dnem zaniká.
- Životní kapitálová pojistka SPECIAL je pojištění pro případ smrti pojištěného během trvání pojištění podle odst. 4 (Životní pojistka SPECIAL) a pojištění pro případ smrti pojištěného během trvání pojištění, nebo pro případ dožití se pojištěného sjednaného věku (konce pojištění) podle odst. 6 (Kapitálová pojistka SPECIAL).
- Připojištění vážných onemocnění Plus je připojištění vážného onemocnění pojištěného a dítěte pojištěného, které bylo poprvé zjištěno během trvání připojištění, a to za běžné nebo jednorázové pojistné.
- Připojištění invalidního důchodu je připojištění dospělé pojištěné osoby, kdy v případě vzniku plné invalidity u pojištěného dle zákona o důchodovém pojištění je vyplácen z pojištění invalidní důchod. Připojištění se nevztahuje na dítě pojištěného.
- Úrazové připojištění POPULAR Plus je připojištění trvalého poškození zdraví následkem úrazu, připojištění zlomenin a popálenin následkem úrazu a připojištění pro případ léčebných následků úrazu v nemocnici, a to za běžné nebo jednorázové pojistné.
- Úrazové připojištění GRAND Plus je připojištění smrti úrazem a připojištění trvalého poškození zdraví následkem úrazu, a to za běžné nebo jednorázové pojistné.
- Úrazové připojištění GRAND SUPER Plus je připojištění smrti úrazem a připojištění trvalého poškození zdraví následkem úrazu s jednorázovou výplatou plnění nebo výplatou doživotního úrazového důchodu, a to za běžné nebo jednorázové pojistné.
- Připojištění úrazu a nemoci Plus je připojištění trvalého poškození zdraví následkem úrazu, připojištění zlomenin a popálenin následkem úrazu a připojištění pracovní neschopnosti následkem nemoci nebo úrazu během trvání pojištění.
- Připojištění zproštění od placení pojistného je vždy součástí základního pojištění. V případě splnění podmínek pro pojistné plnění z tohoto připojištění, viz čl. 14, je pojistník zproštěn od placení běžného pojistného za základní pojištění. Pojistník může v pojistné smlouvě sjednat výluku zproštění od placení pojistného za základní pojištění. V pojistné smlouvě lze sjednat samostatné Připojištění zproštění od placení pojistného pro sjednaná výše uvedená připojištění.

Článek 4: Pojistné nebezpečí, pojistná událost

- Za pojistnou událost se v Životní pojistce a v Úvěrové pojistce považuje smrt pojištěného během trvání pojištění.
- Za pojistnou událost se v Kapitálové pojistce považuje dožití se pojištěného sjednaného věku (konce pojištění) nebo smrt pojištěného během trvání pojištění. Za pojistnou událost se ve zproštění od placení úroků považuje vznik plné pracovní neschopnosti pojištěného během trvání pojištění.
- 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.
- 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.
- Za pojistnou událost se v Úrazovém připojištění POPULAR Plus považuje:
 - trvalé poškození zdraví pojištěného anebo dítěte pojištěného následkem úrazu během trvání připojištění,
 - z lékařského hlediska nezbytná hospitalizace pojištěného anebo dítěte pojištěného z důvodu léčení poškození zdraví následkem úrazu během trvání připojištění,

- utrpení zlomeniny nebo popaleny pojištěného nebo dítěte pojištěného během trvání připojištění, vyjmenovaného v příložené tabulce bolestného.
- (6) Za pojistnou událost se v Úrazovém připojištění GRAND Plus a v Úrazovém připojištění 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.
- (7) 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, trvající déle než čtyři týdny.
- (8) Za pojistnou událost se v připojištění zprůstředí od placení pojistného považuje pracovní neschopnost pojištěného, která vznikla během trvání pojištění.
- (9) Pojistnými nebezpečími jsou v pojištění podle odst. 1 smrt, podle odst. 2 dožití nebo smrt, příp. také trvalá pracovní neschopnost, podle odst. 3 vážné onemocnění, podle odst. 4 plná invalidita dle zák. o důchodovém pojištění, podle odst. 5 a 6 úraz, podle odst. 7 úraz a nemoc a podle odst. 8 pracovní neschopnost.
- (10) Pojistník je povinen bez zbytečného odkladu pojistivně oznámit, že nastala pojistná událost, podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následku 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.
- (11) Územní platnost pojištění není omezena, není-li dále stanoveno jinak.

Článek 5: Oprávněné osoby

- (1) Pojištěný má právo, aby mu bylo vyplaceno plnění, nastane-li u něho pojistná událost.
- (2) Pojistník může určit obmysleného, a to jménem nebo vztahem k pojištěnému. Až do vzniku pojistné události může pojistník obmysleného měnit. Změna obmysleného je účinná dnem doručení sdělení pojistivně.
- (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 toho důvodu pečovaly o společnou domácnost nebo byly odkázány výživou na pojištěného; není-li ani těchto osob, nabývají tohoto práva dědici pojištěného.
- (5) Vznikne-li právo na 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 určit nebo změnít osobu obmysleného nebo požadavky z pojištění postoupit nebo zastavit jen se souhlasem pojištěného.
- (7) Užívá-li pojistník pojistnou smlouvu ve prospěch obmysleného, je k uzavření takové pojistné smlouvy třeba souhlasu pojištěného, popřípadě zákonného zástupce takové osoby, není-li zákonným zástupcem pojistník sám. Souhlas pojištěného nebo zákonného zástupce se vyžaduje i v případě změny obmysleného, změny podílu na plnění, bylo-li určeno více obmyslených, a k vyplacení odkupného a dílčího odkupného.

Článek 6: 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 3 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 neběží, je-li šetření zneemožněno 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, vynaložené pojišťovnou, vyvolány nebo zvyšeny porušením povinností účastníků pojištění, má pojišťovna právo požadovat na tom, kdo povinnost porušil, přiměřenou náhradu.
- (5) Náklady spojené s uplatněním nároku na plnění nese ten, kdo nárok uplatňuje. Plnění zasílá pojišťovna oprávněné osobě na její náklady.
- (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 neúplné zodpovězení 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 zamlčí.
- Pojištění zanikne dnem doručení oznámení o odmítnutí plnění.
- (7) 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.
- (8) Smrt pojištěného musí být pojistivně neprodleně oznámena oprávněnou osobou. Pojistivně musí být předloženy tyto doklady:
 - vyplněný formulář Oznámení pojistné události,
 - úředně ověřený úmrtí list s udáním 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.
- (9) 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.
- (10) 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. 9 odst. 6).
- (11) Pojišťovna může snížit plnění o dlužné poplatky z pojištění a úroky z prodlení.
- (12) Oprávněná osoba může uplatnit právo na výplatu důchodu místo jednorázového plnění (důchodová opce), pokud to není v rozporu s jiným ujednáním v pojistné smlouvě. Důchodovou opci může uplatnit pojištěný nebo obmyslený v žádosti o výplatu plnění. Dobu výplaty důchodu si zvolí oprávněná osoba. Výši důchodu vypočte pojišťovna podle pojistné matematických zásad. Podmínkou důchodové opce je, aby výše pravidelně vypláceného důchodu činila nejméně částku stanovenou pojišťovnou v době podání žádosti o výplatu plnění.

- (13) Plnění je splatné v České republice a v méně České republiky, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.

Článek 7: Plnění v základních pojištěních

- (1) Ze Životní pojistky vyplatí pojišťovna obmyslenému plnění ve výši sjednané pojistné částky na základě žádosti v případě smrti pojištěného během trvání pojištění.
- (2) Z Úvěrové pojistky vyplatí pojišťovna obmyslenému v případě smrti pojištěného během trvání pojištění plnění ve výši sjednané pojistné částky snížené za uplynulou dobu trvání pojištění počátkem každého pojistného roku o stejný obnos ve výši podílu sjednané pojistné částky a pojistné doby.
- (3) Z Kapitálové pojistky vyplatí pojišťovna oprávněné osobě plnění ve výši sjednané pojistné částky v případě smrti pojištěného během trvání pojištění nebo v případě dožití se pojištěného sjednaného věku (konce pojištění).
- (4) 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 nebo jejímu potrestání soudem pro nepřítomnost 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 přerušení 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.
- (5) Pojišťovna nevyplatí oprávněné osobě plnění pro případ smrti pojištěného:
 - při smrti pojištěného následkem sebevraždy v době do tří let trvání pojištění,
 - při smrti pojištěného v přímé nebo nepřímé souvislosti s válečnými událostmi,
 - při smrti pojištěného v přímé nebo nepřímé souvislosti s jeho účastí na vzpouře, povstání, občanských nepokojích nebo na jiné násilné akci, na straně původců nebo podněcovatelů těchto akcí.
- (6) Pojišťovna nevyplatí oprávněné osobě plnění pro případ smrti pojištěného, není-li smlouvě ujednáno jinak, pokud smrt byla způsobena v přímé nebo nepřímé souvislosti:
 - s letectvím, s výjimkou cestujících motorovými letadly; za tyto cestující se nepovažují posádky letadel a další osoby pracovně činné na palubách letadel,
 - s účastí na závoděch 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,
 - s pobytém mimo Českou republiku delším než 3 měsíce bez souhlasu pojišťovny; souhlasu pojišťovny není zapotřebí při pobytu na území států Evropské unie, Norska, Švýcarska, Lichtenštejnska, USA a Kanady.

Článek 8: Plnění v připojištění vážných onemocněním Plus

- (1) Za vážná onemocnění 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 změny v omezení funkce levé srdeční komory. Vyloučeny jsou tzv. němé infarkty myokardu, u kterých nejsou zmíněné typické příznaky nebo 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 anginózními příznaky odstraněno zúžení nebo uzavřev dvou nebo více koronárních tepen, pomocí by-passových implantátů. Pokud je onemocnění léčeno jinými, nechirurgickými metodami jako např. angioplastikou, laserem a jinými neoperativními postupy, je toto onemocnění vyloučeno z pojistné ochrany. Nárok na plnění je pro 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. Zahřnuty 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 emboli z jiných tělesných orgánů. CMP musí vést k náhlému výskytu trvalých neurologických zánikových jevů. Trvalé neurologické postižení musí prokazatelně přetrvávat nejméně 6 týdnů od CMP a dále trvat. Nárok na plnění vzniká po potvrzení diagnózy neurologem, a to nejdříve 6 týdnů po CMP;
 - **selhání ledvin** - trvalé selhání funkce obou ledvin (terminální ledvinová insuficience), vyžadující trvalou dialýzu nebo transplantaci ledvin. Nárok na plnění vzniká po započetí dialyzační léčby nebo po provedení transplantace ledvin;
 - **transplantace orgánů**: srdce, plic, jater, slinivky, jedné ledviny nebo kostní dřené 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 rohovky, sluchových kůstek, autotransplantace kostní dřené a transplantace jiných orgánů, neuvedených v první větě tohoto odst.;
 - **roztřoušená skleróza** - chronické onemocnění centrálního nervového systému s nevrátnými typickými neurologickými výpadky a ohnisky, prokázané odpovídajícími snímkovacími vyšetřovacími technikami (CT), typickým nálezem v mozkomíšním moku a minimálně 2 relapsy. Relapsem se míní náhlý výskyt nových nebo starších příznaků, nebo odpovídající zhoršení současných příznaků. Nárok na 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 anomálním 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 podobě neurologických nebo neuropsychických deficitů, vedoucích k omezením v společenském styku a ve výkonu povolání. Nárok na plnění vzniká po potvrzení diagnózy neurologem;

- **klišťová encefalitida** – zánět mozku a mozkových blan způsobený virovou nákazou (arboviru) přenesenou klišťem v době trvání připojištění, s těžkými neurologickými nebo psychiatrickými trvalými následky. Příznaky nemoci se musí projevit do dvou let po kousnutí klišťem. Nárok na plnění vzniká po potvrzení diagnózy neurologem; diagnóza musí být podložena: anamnesticky kousnutím klišťem, doložením čerstvé nákazy přítomností protilátek (IgM) a léčbou klišťové 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 3 měsících od počátku ochrnutí. Závažným onemocněním není ochrnutí jedné končetiny (monoplegie), částečné ochrnutí a přechodné ochrnutí;
 - **slepota** – akutním onemocněním nebo úrazem získaná úplná a nenávratná ztráta zraku obou očí. Úplnou ztrátou zraku obou očí se míní stav, kdy už není rozpoznatelné světlo a po osvětlení nenásleduje zúžení zornic. Slepota musí být doložena oftalmologickým nálezem. Nárok na plnění vzniká po potvrzení diagnózy oftalmologem;
 - **hluchota** – úplná a nenávratná ztráta sluchu, trvajících nejméně 6 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 pracovní činnosti** – nákaza HIV při běžném výkonu povolání, např. píchnutím 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 4 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 vážné onemocnění 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 vyplácí 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. 20 odst. 17, 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 u připojištění pojištěného, nejvýše však 150 000 Kč. Výplatou 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 pojišťovně 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 pojišťovně předložena 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 9: Plnění v připojištění invalidního důchodu

- (1) Z připojištění invalidního důchodu za jedné pojišťovny 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, nejdelší však do konce pojištění. Čekací doba podle první věty se uplatní též v případě zvýšení pojistné částky podle čl. 20 odst. 17, 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 10: Společná ustanovení o plnění v připojištěných úrazech a nemoci

- (1) Úrazem se rozumí neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt.
- (2) Za úraz se nepovažuje:
 - pracovní úraz nebo nemoc z povolání, pokud nemá povahu úrazu podle odst. 1,
 - nemoc jakéhokoli druhu, zhoršení nemoci následkem úrazu; to však neplatí pro nákazu tetanem nebo vztetelnou při úrazech,
 - infarkt myokardu a cévní mozková příhoda, a to i když se dostaví následkem úrazu.
- (3) Nemocí 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 činí čekací doba devět měsíců od počátku připojištění. Čekací doba se neuplatní, pokud se pojištěný stal pracovní neschopným 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

ně 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) hradí 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 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 dokladovat 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 nebo úmyslným činem, nebo kterým si úmyslně poškodil zdraví. Stejně je tomu i v případech, kdy nedošlo k projednání skutku této osoby před soudem anebo jejímu potrestání soudem pro nepřipustnost trestního stíhání z důvodu udělení milosti či vyhlášení amnestie prezidentem republiky, promlčení trestního stíhání, vynětí této osoby z pravomoci orgánů činných v trestním řízení nebo neudělení souhlasu s takovým řízením příslušným orgánem, pro nedostatek trestní odpovědnosti z důvodu nízkého věku této osoby, v důsledku smrti nebo prohlášení za mrtvého této osoby; v důsledku uplatnění mezinárodní smlouvy, kterou je Česká republika vázána; pro zastavení trestního stíhání z důvodu nepřičetnosti 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 pojištěným 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 předložena 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 11: Plnění v úrazovém připojištění POPULAR Plus

- (1) Při trvalém poškození zdraví následkem úrazu se stupněm trvalého poškození zdraví alespoň 10 % vyplácí 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
1	Ztráta obou nohou v kotníku nebo výše	100 %
2	Ztráta obou rukou v zápěstí nebo výše	100 %
3	Ztráta ruky v zápěstí a nohy v kotníku nebo výše	100 %
4	Ztráta zraku obou očí	100 %
5	Ztráta zraku jednoho oka	25 %
6	Ztráta zraku druhého oka	45 %
7	Ztráta sluchu obou uší	40 %
8	Ztráta sluchu jednoho ucha	15 %
9	Ztráta sluchu druhého ucha	25 %
10	Ztráta nohy od kolena výše	60 %
11	Ztráta nohy pod kolenem	50 %
12	Ztráta nohy v kotníku nebo ztráta chodidla	30 %
13	Ztráta všech prstů u nohy	15 %
14	Ztráta palce u nohy	10 %
15	Ztráta ruky v zápěstí nebo výše	50 %
16	Ztráta všech prstů ruky	40 %
17	Ztráta palce ruky	20 %
18	Ztráta ukazováku	10 %

- (3) Při částečné ztrátě orgánů nebo jejich funkce stanoví odpovídající procento trvalého poškození zdraví z odst. 1 lékař určený pojišťovnou.
- (4) Nelze-li stanovit stupeň trvalého poškození zdraví podle odst. 2, stanoví ho lékař určený pojišťovnou s ohledem na míru funkčnosti poškozeného orgánu.
- (5) V případě, že následkem jednoho úrazu dojde k trvalému poškození zdraví v více orgánech, jednotlivá procenta se sčítají. Celkové plnění přitom nesmí převýšit 100 % pojistné částky. Takto stanovené plnění se sníží o bolestně vyplacené pojišťovnou v souvislosti s tímž úrazem.

- (6) Při léčení úrazu, vyjmenovaného v tabulce (viz příloha k pojistným podmínkám), vyplátí pojišťovna na základě žádosti jednorázové plnění („bolestné“). Bolestné vypočte pojišťovna procentem z pojistné částky, a to podle odst. 7. Za úrazy neuvedené v příložené tabulce pojišťovna bolestné neposkytuje.
- (7) V případě, že při jedné pojistné události dojde k několika druhům úrazů uvedeným v tabulce v příloze, poskytuje pojišťovna bolestné pouze k jednomu z nich; a to tomu, pro který je stanoveno vyšší procento. Pokud je v jedné poloze uvedeno několik částí těla nebo pokud jde o vícečetný úraz jednoho orgánu, poskytuje pojišťovna jen jedno bolestné s uvedeným procentem.
- (8) Nárok na bolestné je osobním nárokem pojištěného a smrti pojištěného zaniká.
- (9) Pojišťovna na základě žádosti poskytne při léčení poškození zdraví, ke kterému došlo následkem úrazu v průběhu trvání pojištění, v nemocnici, nejdéle však po dobu 365 dní 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 pojištěný byl hospitalizován ve 24:00 hod. Za nemocnice se nepovažují lázeňské 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 pojištěnému z úrazového připojištění POPULAR Plus za celou dobu trvání připojištění je omezeno vyšší pojistné částky. Dosáhne-li celkové plnění výše 100 % pojistné částky, úrazové připojištění POPULAR Plus zaniká.
- (12) Úrazové připojištění POPULAR Plus zahrnuje děti pojištěného 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 pojištěného, nejvýše však 150 000 Kč. Výplatu plnění za dítě pojištěného v této nejvyšší možné výši zaniká zahrnutí příslušného dítěte pojištěného do připojištění. Při zániku úrazového připojištění POPULAR Plus zaniká i zahrnutí dětí do tohoto připojištění.

Článek 12: Plnění v úrazovém připojištění GRAND Plus a GRAND SUPER Plus

- (1) Při smrti úrazem vyplátí pojišťovna obmyslenému na základě žádosti plnění ve výši sjednané pojistné částky, jestliže ke smrti následkem úrazu dojde do 90 dnů ode dne úrazu pojištěného.
- (2) Při trvalém poškození zdraví vyplátí pojišťovna na základě žádosti jednorázové plnění v závislosti na stupni trvalého poškození zdraví, prokáže-li se v průběhu jednoho roce ode dne úrazu, že úraz zanechal trvalé poškození zdraví v rozsahu nejméně 50 %. Jednorázové plnění vypočte pojišťovna podle ustanovení článku 11 odst. 2 – 5 a pokud toto procento činí nejméně 50 %, pak pojišťovna vyplátí 100 % pojistné částky.
- (3) V případě vzniku nároku na jednorázové plnění podle odst. 2 začne pojišťovna 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 pojišťovna 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 pojišťovna 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 pojištěného 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 pojištěného, nejvýše však 150 000 Kč. Výplatu plnění za dítě pojištěného v této nejvyšší možné výši zaniká zahrnutí příslušného dítěte pojištěného do připojištění. Při zániku připojištění zaniká i zahrnutí dětí do tohoto připojištění.
- (7) Plnění pro případ smrti dítěte pojištěného následkem úrazu se sjednává ve výši 3 % z pojistné částky v připojištění pojištěného, nejvýše však 15 000 Kč.

Článek 13: Plnění v připojištění úrazu a nemoci Plus

- (1) Na připojištění úrazu a nemoci Plus se vztahují ustanovení čl. 11 odst. 1 – 8 s tím, že 3. věta v odst. 5 zní: „Takto stanovené plnění se snižuje o bolestné a nemocenské vyplacené v souvislosti s tímž úrazem.“
- (2) Při pracovní neschopnosti následkem nemoci nebo úrazu během trvání pojištění, nejdéle však po dobu 365 dní v průběhu dvou let ode dne úrazu nebo vzniku nemoci, poskytne pojišťovna 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 pojištěný byl hospitalizován ve 24:00 hod. Za nemocnice se nepovažují lázeňské 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 pojištěnému z připojištění úrazu a nemoci Plus za celou dobu trvání připojištění, je omezeno vyšší 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 pojištěného 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 pojištěného, nejvýše však 150 000 Kč. Výplatu plnění za dítě pojištěného v této nejvyšší možné výši zaniká zahrnutí příslušného dítěte pojištěného do připojištění. Při zániku připojištění úrazu a nemoci Plus zaniká i zahrnutí dětí do tohoto připojištění.

Článek 14: Zproštění od placení pojistného

- (1) Pojistník je zproštěn od placení pojistného při pracovní neschopnosti pojištěného na základě žádosti, a to po dobu pracovní neschopnosti pojištěného následkem úrazu nebo nemoci během trvání pojištění; to neplatí pro první tři měsíce po vzniku této pracovní neschopnosti. Nárok na zproštění od placení pojistného nevznikne, 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. 6, odst. 6.
- (2) Pracovní neschopnosti se rozumí neschopnost pojištěného vykonávat v důsledku úrazu nebo nemoci dosavadní výdělečnou činnost, nebo jinou výdělečnou činnost, odpovídající vzdělání, zkušenostem nebo schopnostem pojištěného.
- (3) Za trvalou plnou pracovní neschopnost 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 pojišťovnou a o uznání pracovní neschopnosti rozhoduje pojišťovna.
- (5) Pojistník nebo pojištěný je povinen oznámit pojišťovně plnou pracovní neschopnost pojištěného nejpozději 3 měsíce po jejím vzniku, jinak nárok na zproštění od placení pojistného vznikne až dnem oznámení plné pracovní neschopnosti – ledaže pojistník

nebo 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) hradí pojištěný.

- (6) V pojistné smlouvě lze sjednat výluku zproštění od placení pojistného ze základního pojištění.
- (7) Zproštění od placení pojistného počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného následující po uznání pracovní neschopnosti pojišťovnou. Pojištěný je povinen ihned písemně oznámit pojišťovně skončení pracovní neschopnosti.
- (8) Nestanoví-li pojišťovna jinak, je pojištěný povinen po vzniku nároku na zproštění od placení pojistného oznamovat a dokládat pracovní neschopnost vždy nejdéle po dvou týdnech jejího trvání. 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 zproštění od placení pojistného zanikne.
- (9) 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,
 - pojištěný je nakažen virem lidského selhání imunity (HIV), a to i v případě, že nákaza nezpůsobila nemoc AIDS (syndrom získaného selhání imunity).

Článek 15: Zproštění od placení úroků

- (1) Pojistník je zproštěn od placení úroků z hypotečního úvěru poskytnutého společností Wüstenrot hypoteční banka a.s. pro případ plné pracovní neschopnosti, pokud má sjednanou Kapitálovou pojistku SPECIAL s pojistnou částkou ve výši zmíněného hypotečního úvěru, plnění z této pojistky je zastaveno ve prospěch společnosti Wüstenrot hypoteční banka a.s. a pojistník nevyužil výluku zproštění od placení pojistného.
- (2) Zproštění od placení úroků se netýká jakýchkoli úroků sankční povahy.
- (3) Pojistník i pojištěný souhlasí s tím, aby si pojišťovna a společnost Wüstenrot hypoteční banka a.s. v nezbytném rozsahu vyměnily informace nutné k poskytnutí vzájemných plnění vztahujících se ke zproštění od placení úroků.
- (4) Nemí-li stanoveno jinak, platí pro zproštění od placení úroků ustanovení těchto pojistných podmínek týkající se zproštění od placení pojistného.

Článek 16: Výluky v připojištění

- (1) V připojištění pojišťovna 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 pojištěného, pokud byly způsobeny alkoholem, léky nebo návykovou látkou (platí jen pro připojištění vážných onemocnění),
 - s trestným činem pojištěného, pro který byl soudem uznán vinným; stejně i v případech, kdy k projednání skutku této osoby před soudem anebo jejímu potrestání soudem nedošlo 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, 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, vzhlédem k trestu, který již uložen byl nebo jehož uložení se očekává; pro přerušení 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 pojištěným bez odpovídajícího řídičského oprávnění,
 - s jízdou odcizeným motorovým vozidlem,
 - se sebevraždou, 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 pojištěného na vzpouře, povstání, občanských nepokojích nebo na jiné násilné akci, na straně původců nebo podněcovatelů těchto akcí,
 - s duševní poruchou, kolapsem, epileptickým nebo jiným záchvatem,
 - s radioaktivním zářením nebo s ionizujícím paprskem.
- (2) V úrazovém připojištění pojišťovna neposkytuje plnění, pokud smrt nebo újma na zdraví byla způsobena úrazem
- který utrpěl pojištěný v důsledku toho, že byl postižen srdečním infarktem nebo mrtvicí,
 - vzniklým léčebnými postupy nebo zásahy, které pojištěný na sobě provedl nebo si je nechal provést, pokud k nim nedošlo v souvislosti s úrazem, na který se připojištění vztahuje.
- (3) V úrazovém připojištění pojišťovna neposkytuje plnění, není-li ve smlouvě sjednáno jinak, pokud smrt nebo 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 jízd,
 - s účastí na krajských, celostátních a mezinárodních závodech v běhu na lyžích, v skocích na lyžích, ve slalomu, na bobech, skibobech, saních, skeletonech nebo snowboardech včetně oficiálních přípravných jízd,
 - s účastí na soutěžích v bojových sportech (např. karate, taekwondo, box, kickbox, judo apod.), v horské cyklistice a v jezdeckých včetně oficiálních přípravných jízd,
 - se sportovní a zábavní činností spojenou s vysokým nebezpečím, jako jsou seskoky z letadel (parašutismus), létání včetně používání rogal nebo horkovzdušných balónů, bungee jumping, horolezectví, speleologie, potápění (od 15 m), sjíždění divokých vod,
 - s pobytém mimo Českou republiku delším než 3 měsíce bez souhlasu pojišťovny; souhlasu pojišťovny není zapotřebí při pobytu na území států Evropské unie, Norska, Švýcarska, Lichtenštejnska, USA a Kanady.
- (4) Právo na zproštění od placení pojistného není, pokud
- plná pracovní neschopnost byla způsobena nebo zvýšena v přímé nebo nepřímé souvislosti s událostmi uvedenými v odst. 1 a 3,
 - pojištěný je nakažen virem lidského selhání imunity (HIV), a to i v případě, že nákaza nezpůsobila nemoc AIDS (syndrom získaného selhání imunity).

Článek 17: Změna činnosti pojištěného (změna pojistného rizika) a připojištění

- (1) Je-li součástí pojistné smlouvy připojištění, je pojištěný povinen bezodkladně oznámit pojišťovně každou změnu druhu zaměstnání, sportovní, zábavní a jiné činnosti (dále jen „činnost“) uvedené v návrhu na uzavření pojistné smlouvy nebo později pojišťovně sdělené.
- (2) Pokud ze změny činnosti pojištěného vyplývá placení nižšího pojistného podle sazebníku pojistného platného v době změny, platí toto pojistné od počátku pojistného období, ve kterém se pojišťovna o změně činnosti dozvěděla.
- (3) Pokud ze změny činnosti pojištěného vyplývá placení vyššího pojistného podle sazebníku pojistného platného v době uzavření pojistné smlouvy nebo jiná skutečnost, která by pojišťovnou vedla k uzavření pojistné smlouvy za jiných podmínek, vzniká pojišťovně

- právo do 1 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 1 měsíce ode dne jeho doručení, nebylo-li dohodnuto jinak.
- (4) Nesouhlasí-li pojistník se změnou pojistné smlouvy nebo nevadí-li se k této změně ve lhůtě podle předchozího odstavce, má pojistovna právo připojištění vypovědět, a to ve lhůtě 2 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 připojištění zanikne uplynutím 8 dnů ode dne doručení výpovědi pojistníkoví.
 - (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 1 měsíce ode dne, kdy se o nové činnosti dozvěděla. V takovém případě připojištění zanikne uplynutím 8 dnů ode dne doručení výpovědi pojistníkoví.
 - (6) Jestliže pojistovna pojistnou smlouvu nebo připojištění ve stanovené lhůtě nevypověděla a ani nepředložila návrh na její změnu, nemůže se dodatečně dovolávat důsledků zvýšení pojistného rizika, není-li dále stanoveno jinak.
 - (7) Pokud ze změny činnosti pojistného 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, snižuje 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 nárok na zproštění od placení pojistného. Pojištění bez náhrady zanikne dnem doručení oznámení o odmítnutí zproštění.
 - (10) Pokud pojistovna nenabízí v připojištění 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 jednotlivé druhy pojištění a připojištění a je uvedena v pojistné smlouvě.
- (2) Pojistné se platí buď najednou na celou dobu pojištění (jednorázové pojistné), nebo za dohodnutá pojistná období (běžné pojistné). U Úvěrové pojistiky za běžné pojistné činí doba placení pojistného pouze dvě třetiny pojistné doby (zaokrouhuje se na celé pojistné roky dolů).
- (3) 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 pojistovnictví činnosti.
- (4) Pojistné se stanoví v závislosti na pojistném riziku. Součástí pojistného jsou též náklady spojené s uzavřením pojistné smlouvy a se správou pojištění. V pojistném (s výjimkou úrazových připojištění za běžné pojistné) je započtena technická úroková míra. Při stanovování pojistného se zohledňuje též frekvence placení pojistného.
- (5) Výše pojistného v základních pojištěních a v připojištění vážných onemocnění plus, v připojištění invalidního důchodu a připojištění úrazu a nemoci Plus se určuje v závislosti na vstupním věku a pohlaví pojistného, na sjednané pojistné době, na době placení pojistného, na výši sjednané pojistné částky a na frekvenci placení pojistného. Výše pojistného v úrazových připojištěních se určuje v závislosti na výši sjednané pojistné částky a na frekvenci placení pojistného. V úrazových připojištěních za jednorázové pojistné ovlivňuje výši pojistného navíc také sjednaná pojistná doba a technická úroková míra.
- (6) Vstupní věk pojistného se stanoví rozdílem kalendářního roku počátku pojištění a roku narození pojistného.
- (7) Běžné pojistné je splatné prvního dne pojistného období a jednorázové pojistné dnem počátku pojištění.
- (8) Pokud pojistné nebylo zapláceno včas nebo ve sjednané výši, má pojistovna právo na úrok z prodlení. Výši úroku z prodlení určuje platný právní předpis.
- (9) Pojištění zaniká dnem následujícím po marném uplynutím lhůty stanovené pojistovnou v upomínce k zaplacení pojistného nebo jeho části, doručené pojistníkoví; 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 dlužného pojistného.
- (10) Pokud pojistné za další pojistné období nebylo zapláceno a pojištění by tak mělo být z tohoto důvodu přerušeno, změně se pojištění na pojištění bez dalšího placení pojistného, bez nároku na zproštění od placení pojistného a zproštění od placení úroků a se sníženou pojistnou částkou (redukcí pojistné částky), není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak. Redukce pojistné částky je možná jen v případě, že nová pojistná částka neklesne pod minimální pojistnou částku stanovenou pojistitelem pro příslušný nebo obdobný druh pojištění. Při redukcí pojistné částky zůstává zachováno právo pojistníka na výpověď pojištění s výplatou odkupného.
- (11) Pojistovna má právo na pojistné za dobu do zániku pojištění anebo do dne redukcí pojistné částky.
- (12) Pojistovna je povinna přijmout splatné pojistné a jiné splatné pohledávky z pojištění také od pojistného, oprávněné osoby nebo zástavního věřitele pojistníka.
- (13) Zaměstnavatel může svému zaměstnanci – pojistníkoví poskytovat příspěvek na pojistné (dále jen „příspěvek zaměstnavatele“). Příspěvek zaměstnavatele je součástí pojistného placeného pojistníkem.
- (14) Nezaplátí-li zaměstnavatel splatný příspěvek zaměstnavatele, je pojištěný zaměstnanec povinen uhradit celé pojistné. Nezaplacení splatného příspěvku zaměstnavatele má stejné důsledky jako neplacení pojistného pojistníkem ve sjednané výši. Požadává-li pojištěný zaměstnanec při ukončení placení příspěvku zaměstnavatele o snížení pojistného o tento příspěvek, vyhoví pojistovna této žádosti, pokud výše pojistného neklesne pod 2 400 Kč ročně; při měsíčním placení činí minimální pojistné 400 Kč měsíčně.

Článek 19: Přerušování pojištění pro neplacení pojistného

- (1) Pokud pojistné nebylo zapláceno do šesti měsíců ode dne jeho splatnosti, pojištění se uplynutím této lhůty přeruší, 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) Přerušování pojištění se obnovuje k prvnímu dni měsíce nejbližší následujícího po zaplacení celého dlužného pojistného, dále pojistného, jehož splatnost má po tomto dni nejdříve nastat, a poplatku za obnovení pojištění, pokud pojištění již dříve jinak nezaniklo.

Článek 20: Výpověď a změny pojištění

- (1) Pojistovna nebo pojistník mohou vypovědět pojištění od dvou měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy. Dnem doručení výpovědi počíná běžet osmidenní 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 6 týdnů před uplynutím pojistného období, jinak je neplatná.
- (4) Při zániku pojištění za jednorázové pojistné vypovědí po jednom roce trvání pojištění a při zániku pojištění za běžné pojistné vypovědí po dvou letech trvání pojištění vyplatí pojistovna odkupné. Výplatou odkupného pojištění zaniká.
 - (5) Odkupné u základního pojištění za jednorázové pojistné a u všech připojištění za jednorázové pojistné činí 98 % rezervy pojistného, která představuje hodnotu závazků plynoucích z pojištění vypočtenou pojistné matematickými metodami včetně rezerv nákladů spojených se správou pojištění.
 - (6) Odkupné u Kapitálové pojistiky za běžné pojistné činí 90 % až 98 % (v závislosti na uplynulé době trvání pojištění) rezervy pojistného, která představuje hodnotu závazků plynoucích z pojištění vypočtenou pojistné matematickými metodami.
 - (7) 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 1 měsíce ode dne obdržení žádosti pojistníka. Každá druhá a další žádost o sdělení výše odkupného v jednom kalendářním roce podléhá poplatku.
 - (8) Odkupné je splatné do tří měsíců ode dne zániku pojištění.
 - (9) Právo na výplatu odkupného není u Životní pojistiky a Úvěrové pojistiky za běžné pojistné a u všech připojištění za běžné pojistné.
 - (10) Při zániku základního pojištění zanikají současně všechna sjednaná připojištění.
 - (11) Pojistník se souhlasem pojistného nebo pojistovna mohou vypovědět jakékoliv sjednané připojištění s běžným pojistným ke konci pojistného období. Výpověď musí být doručena alespoň 6 týdnů před uplynutím pojistného období, jinak je neplatná.
 - (12) Pojistník se souhlasem pojistného nebo pojistovna mohou vypovědět jakékoliv sjednané připojištění do 3 měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události. Dnem doručení výpovědi počíná běžet výpovědní lhůta 1 měsíce, jejímž uplynutím připojištění zaniká.
 - (13) Pokud se vypoví připojištění za jednorázové pojistné, náleží pojistníkoví za toto připojištění odkupné.
 - (14) Pojistník, kterému vznikl nárok na odkupné a který nehodlá pokračovat v placení běžného pojistného, může (po dvou letech trvání pojištění) požádat o snížení pojistné částky u základního pojištění se souběžnou přeměnou pojištění na pojištění bez dalšího placení pojistného. Pojistovna této žádosti vyhoví za předpokladu, že snížená pojistná částka nebude nižší než minimální pojistná částka stanovená pojistitelem pro nově sjednaná pojištění téhož nebo obdobného druhu, není-li ve smlouvě ujednáno jinak. Při redukcí pojistné částky zůstává zachováno právo pojistníka na výpověď pojištění s výplatou odkupného.
 - (15) Při snížení pojistné částky u základního pojištění přizpůsobí pojistovna přiměřeně i pojistné částky v připojištěních k základnímu pojištění.
 - (16) Pojistník, kterému vznikl nárok na odkupné a který nehodlá pokračovat v placení dosavadního běžného pojistného, může – po dvou letech trvání pojištění – požádat o snížení pojistného u základního pojištění až na 2 400 Kč ročně; při měsíčním placení činí minimální pojistné 400 Kč měsíčně. K této žádosti pojistovna vypočte sníženou pojistnou částku podle pojistné matematických zásad, se započtením poplatku za zpracování pojistné smlouvy dle aktuálního sazebníku poplatků a se zohledněním nákladů spojených s uzavřením pojistné smlouvy a se správou pojištění. Pokud snížená pojistná částka stanovená pojistitelem pro nově sjednaná pojištění téhož nebo obdobného druhu, pojistovna vyhoví žádosti pojistníka, není-li ve smlouvě ujednáno jinak.
 - (17) Pojistník může vždy u pojištění za běžné placené pojistné požádat o zvýšení sjednaných pojistných částek, resp. zvýšení běžného pojistného, pojistovna sdělí pojistníkoví novou výši běžného pojistného, resp. nové pojistné částky, za předpokladu, že při přezkoumání zdravotního stavu a činnosti pojistného nevyjdou najevo skutečnosti, které by zvýšení pojistných částek bránily.
 - (18) Pojistník může vždy u pojištění za běžné placené pojistné požádat o nastavení pojištění do režimu indexování nebo o jeho vyřazení z tohoto režimu.
 - (19) Pojistník, kterému vznikl nárok na odkupné, může vždy u pojištění za běžné placené pojistné požádat o změnu pojistné doby. K této žádosti pojistovna vypočte novou pojistnou částku a pojistné podle pojistné matematických zásad, se započtením poplatku za zpracování pojistné smlouvy dle aktuálního sazebníku poplatků a se zohledněním nákladů spojených s uzavřením pojistné smlouvy a se správou pojištění. Pokud změněná pojistná částka, spolu s dosavadními příznými bonusy, nebude nižší než minimální pojistná částka nebo minimální pojistné stanovené pojistitelem pro nově sjednaná pojištění téhož nebo obdobného druhu, pojistovna vyhoví žádosti pojistníka, není-li ve smlouvě ujednáno jinak.
 - (20) Změny pojištění podle odst. 14 a podle odst. 16 až odst. 19 se provádí k výročnímu dni trvání pojištění, pokud nemá pojistník ke dni provádění změny dluh na pojistném. Žádost o snížení je nutno doručit pojistovně nejméně jeden měsíc před výročním dnem trvání pojištění, k němuž má dojít ke změně pojištění. Při změně pojištění zůstává zachováno právo pojistníka na výpověď pojištění s výplatou odkupného.
 - (21) Pojistovna má právo na předčasné ukončení sjednaných připojištění u pojištění za běžné placené pojistné k počátku následujícího pojistného období nebo u pojištění za jednorázové placené pojistné k počátku následujícího měsíce.
 - (22) Aktuální sazebník poplatků je k nahlédnutí v sídle pojistovny, popř. na internetových stránkách pojistovny (www.wuestenrot.cz).

Článek 21: 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 pojištěný dožít věku 80 let. K tomuto dni pojištění zaniká.
- (2) Doba trvání připojištění končí vždy nepožději jeden den před výročním dnem počátku pojištění v roce, ve kterém se pojištění dožije 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 22: Indexování pojištění

- (1) V pojištění za běžné pojistné lze sjednat automatické zvyšování pojistného a pojistných částek (indexování pojištění) ke dni výročí počátku pojištění. Indexování pojištění se neprovádí poslední rok trvání pojištění.
- (2) Automatické zvyšování pojistného se provádí podle indexu spotřebitelských cen vyhlášeného Českým statistickým úřadem. Index zvýšení pojistného stanoví pojistovna. Pokud je roční růst spotřebitelských cen menší než 4 %, použije se index 1,04. Ze zvýšení pojistného pojistovna vypočte zvýšení pojistných částek podle pojistné technických zásad.
- (3) Pojistník obdrží sdělení o nové výši pojistného a pojistných částek nejméně jeden měsíc před dnem výročí počátku pojištění. Pokud pojistovna před dnem výročí počátku pojištění obdrží žádost pojistníka o ponechání dosavadní výše pojistného, vyhoví této žádosti. Odmítne-li pojistník indexování pojištění v jednom roce, ztrácí tím nárok na indexování pojištění v dalších letech.
- (4) Indexování pojištění se vztahuje na všechny druhy pojištění sjednané v jedné pojistné smlouvě.
- (5) Indexování pojištění se neprovádí, pokud vznikl nárok na zproštění od placení pojistného.

Článek 23: Podíly na přebytcích pojistného

- (1) Pojištění se podílí na přebytcích pojistného u Kapitálové pojistiky. Výše přebytků pojistného není zaručena.
- (2) Podíly na přebytcích pojistného se používají ke zvýšení pojistné částky (bonus) během trvání pojištění.

- (3) Sazby podílů na přebytcích pojistného určuje pojišťovna; sazby se uveřejňují ve výroční zprávě pojišťovny.

Článek 24: Adresy a sdělení

- (1) Pojistník informuje bezodkladně pojišťovnu o každé změně své adresy.
 (2) Pojišťovna zasílá pojišťovníkové poštovní zásilky na jeho poslední známou adresu v České republice. Pokud pojistník přestěhoval do ciziny, musí pojišťovně sdělit dodací adresu na území České republiky a jméno osoby na tomtéž území, kterou zplnomocnil k přijímání zásilek od pojišťovny.
 (3) Pokud poštovní zásilka zasláná pojišťovnou nezastihla adresáta na poslední adrese známé pojišťovně, 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. Odepře-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 pojišťovně ukončení trvalého pobytu pojištěného na území České republiky a každou změnu jeho přechodného pobytu mimo Českou republiku delší než 3 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 ve formě předepsané pojišťovnou. Sdělení pojišťovně jsou účinná jejich doručením do sídla pojišťovny.
 (6) Stížnosti se vřizují ve lhůtě do 20 pracovních dnů od data doručení do sídla pojišťovny. Pokud stížnost vyžaduje delší čas k vyřízení, vyrozumí pojišťovna písemně stěžovatele o prodloužení lhůty na 40 dnů. Uvedené lhůty neplatí, je-li šetření stížnosti znemožněno nebo ztíženo z viny pojistníka, pojištěného nebo oprávněné osoby.
 (7) Není-li pojistník, pojištěná osoba nebo oprávněná osoba spokojena se stanoviskem pojišťovny ke stížnosti, může stížnost postoupit České národní bance.

Článek 25: Sleva 5 % z běžného pojistného

- (1) Pojišťovna poskytuje slevu 5 % z běžného pojistného po celou dobu placení běžného pojistného formou SIPO (sdružené inkaso plateb obyvательства) nebo SINK (svolení k inkasu, souhlas s inkasem pojistného pojišťovnou z bankovního účtu pojistníka), pokud se pojistník zaváže k tomuto způsobu placení v Návrhu na uzavření smlouvy o životním pojištění (dále jen „návrh“).
 (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 pojišťovny nejpozději poslední pracovní den v měsíci, v němž nastala jeho splatnost. To neplatí pro pojistné nebo pojistná, jejichž splatnost nastane v prvních 3 měsících trvání pojištění.
 (3) První platbu pojistného po lhůtě 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 bankovním účtu nepostačuje k plnění inkasu pojistného.
 (4) Pojišťovna poskytuje prozatímní pojištění podle čl. 2 pojistných podmínek nejen v případě, že pojistník zaplatí první běžné pojistné za životní, úvěrovou nebo Kapitálovou pojistku v době před navrhovaným dnem počátku pojištění, ale též v případě, že se pojistník zaváže k placení formou SIPO nebo SINK v návrhu, a to od 00 hod. dne následujícího po doručení návrhu do sídla pojišťovny. To platí jen pokud
 - při placení formou SIPO bylo uvedeno správné spojovací číslo pojistníka, nebo
 - při placení formou SINK bylo přiloženo správně vyplněné potvrzení banky o udělení souhlasu s inkasem pojistného z bankovního účtu pojistníka.
 (5) Prozatímní pojištění podle odst. 4 končí, kromě důvodů uvedených v pojistných podmínkách, také dnem, kdy při placení formou SINK výše prostředků na příslušném bankovním účtu nepostačuje k plnění inkasu pojistného.

Článek 26: Účinnost

Tyto pojistné podmínky se vztahují na pojištění sjednaná pojišťovnou od 1.1.2008.

Příloha: Tabulka bolestného

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 lícní	2,0 %
Zlomenina dolní čelisti bez posunutí úlomků	1,6 %
Zlomenina dolní čelisti s posunutím úlomků	2,8 %
Tříštvá 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 %
Ochlípění šitnice vzniklé přímým mechanickým zasažením oka	4,0 %
Rána pronikající do očníce komplikovaná cizím tělískem	3,0 %
Rána rohovky nebo bělimy s proděravěním, léčená chirurgicky	2,0 %
Poranění oka vyžadující jeho bezprostřední vymezení	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 kostí hrudní	4,0 %
Zlomenina kostí hrudní nebo více žeber, klinicky prokázána	2,0 %
Zhmoždění hrudníku těžšího stupně	2,0 %
Poranění plic, operativní řešení	8,0 %
Úrazové poškození srdce, klinicky prokázáno	20,0 %
Pouřazový pneumotorax zavřený	4,0 %
Pouřazový pneumotorax otevřený	10,0 %

Druh úrazu	Procento
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 %
Roztržštěné 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 kostí stydké nebo kyčelní	8,4 %
Tříštvá 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 %
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, tříštvá 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 zápěstí	6,0 %
Otevřená zlomenina ruky kromě prstů	4,0 %
Otevřená zlomenina prstu 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 svaly 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 holení	8,0 %
Zlomenina kosti lýtkové	1,6 %
Zlomenina kostí bérce včetně nitrokloubních	8,0 %
Zlomenina obou kostí bérce	12,0 %
Mnohočetná tříštvá zlomenina bérce	12,0 %
Zlomenina zevního nebo vnitřního kotníku	2,8 %
Zlomenina kosti patní	8,0 %
Mnohočetná, tříštvá zlomenina kosti patní	12,0 %
Zlomenina kostí 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 zkříženého vazy kolenního	1,8 %
Přetržení postranního vazy kolenního	2,8 %
Přetržení zkříženého 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 %